UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 143

DES

ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX DES TROMPES

(Service de M. le Professeur GUYOT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Juillet 1934

PAR

Robert-Auguste BELLEC

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BREST (Finistère), le 24 août 1910.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur ..... *Juges.*

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

CHARRIER, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 143

DES

ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX DES TROMPES

(Service de M. le Professeur GUYOT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Juillet 1934

PAR

Robert-Auguste BELLEC

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à BREST (Finistère), le 24 août 1910.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur .....

JEANNENEY, professeur..... *Juges.*

CHARRIER, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	GAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Physique médicale	WANGERMEZ
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	M. VITTE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIÈRE.		

		MM.
Ophtalmologie		CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.		N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON.
id.	Clinique dentaire	DELGUEL.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

Dont les sacrifices m'ont fait ce que je suis, je dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE PAUL

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS A L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MON COMMANDANT DE COMPAGNIE

LE MÉDECIN DE 1re CLASSE KERAUDREN

A MES PROFESSEURS A L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef de 2e classe BRUN

Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre.
Officier de l'Instruction publique.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital André-Boursier,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Membre correspondant des Sociétés de Gynécologie de Philadelphie,
de Bucarest et du Brésil,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de Saint-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.

Cher Maître,

Pour ce travail, auquel nous craignons de n'avoir su imprimer le cachet de votre enseignement si vivant et si clair, nous demandons toute votre indulgence et vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour vos leçons et l'accueil si bienveillant dont vous nous avez toujours honoré.

INTRODUCTION

Au terme de notre scolarité médicale, le moment venu où il nous faut écrire notre thèse de doctorat, plusieurs possibilités s'offrent à nous.

Il ne manque pas, en pathologie, de points intéressants pouvant faire l'objet d'une étude nouvelle. L'ignorance habituelle où se trouve l'étudiant en fin d'études de la vie intime du laboratoire, son inexpérience des techniques, et son inexpérience tout court, nous interdit de prendre pour sujet de thèse une recherche basée sur des travaux personnels. Nous ne pensons pas sous-estimer nos camarades ni nous-même en disant que ces travaux hâtifs sont voués à l'infécondité.

D'un autre côté, la tentation peut être grande, pour qui préjuge de son talent ou se découvre avec complaisance un intellectualisme transcendant, d'écrire une de ces thèses dites « médico-littéraires » qui reçoivent de quelques jurys un accueil si favorable.

Quelques-uns peuvent essayer de se créer ainsi une originalité toute fraîche, ou d'acquérir à bon marché une réputation d'esthètes. Nous ne saurions avoir cette prétention. Ce n'est pas en une année, occupée par ailleurs aux travaux les plus scolaires, que se crée une érudition solide, une compétence artistique vraie, une finesse pénétrante de psychiatre. Pas plus l'étudiant ne peut espérer, après s'être tant et tant battu les flancs, qu'il en sortira la veine littéraire d'un Mauriac. Le produit de cet accouchement artificiel risque trop souvent de mettre en lumière l'insuffisance en même temps que la suffisance du procréateur.

La seule solution qui nous restait, le seul genre auquel soit préparé directement l'étudiant par sa culture bien plus théorique que pratique et les méthodes de travail personnel auquel il est habitué, c'est la mise au point de questions médicales à partir de travaux publiés par les personnalités dont la compétence en ces matières est indiscutable.

Nous avons tenu à faire notre thèse dans le service de M. le Professeur Guyot, car le stage que nous y fîmes nous laissa une impression durable. Nous y fûmes frappé par son autorité souriante, sa simplicité, son ordre impeccable et son organisation exemplaire en vue de l'enseignement. Nous y avons beaucoup appris.

M. le Professeur Guyot a bien voulu nous faire l'honneur de choisir le sujet de notre thèse, et, par son accueil bienveillant, nous encourager à en poursuivre l'étude; qu'il nous soit permis de lui exprimer aujourd'hui notre gratitude et notre profond respect.

A propos d'un cas inédit observé par lui d'abcès froid des trompes, il nous suggéra l'idée de mettre au point la question des abcès frois tubaires. Nous n'avons pas eu la prétention d'apporter de nouvelles données à ce chapitre de la gynécologie. Il existe en effet un certain nombre de références de travaux et d'assez nombreuses observations sur la question; peut-être en avons-nous ignoré quelques-unes.

Nous nous sommes seulement efforcé, en étudiant les travaux publiés du début de ce siècle à cette année, d'écrire une monographie assez complète et assez ordonnée sur une catégorie de lésions qui mérite d'intéresser les praticiens.

DES

ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX DES TROMPES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si l'histoire de l'étude de la tuberculose génitale de la femme remonte, au début du siècle dernier, aux recherches de Louis, de Reynaud et de Senn, et si, depuis Aran, Scanzoni, Siredey, Brouardel, Talamon, Verneuil, Spoeth, Hégar, une foule d'auteurs s'y sont consacrés, celle des abcès froids tubaires est récente.

L'Ecole lyonnaise fut la première à publier ses découvertes concernant les *abcès frois tubaires isolés*, décelés par les chirurgiens lors des interventions précoces. Albertin, dans son mémoire *Des abcès froids tubaires*, de 1908, attira l'attention des gynécologues sur cette forme de tuberculose annexielle, qu'il isole et définit parfaitement. Cette question fut reprise, la même année, par son élève Bertrand, dans sa thèse (de Lyon, oct. 1908).

Depuis, les observations et les travaux se sont multipliés : travail de Lenormant (*Progrès médical*, 1909), thèses de Rives

(Montpellier, 1909), Ollivier (Lyon, 1911-1912), les mémoires de Patel et Ollivier (*Rev. de gyn. et chir. abd.*, 1913), Vanverts et Paucot (*Echo méd. du Nord*, Lille, 1911, XV).

Puis cette forme de tuberculose de la trompe fit son entrée dans les traités classiques : Faure et Siredey en font mention dans le chapitre de leur traité de gynécologie médico-chirurgicale (1914). Bégouin et Papin lui font place dans le tome V de la *Pathologie interne*, ainsi que Ledentu et Delbet dans le *Nouveau traité de chirurgie* (Gyn., XLII).

Comme ouvrages récents, citons les articles et travaux de : Morel (*Lyon médical*, 1919), Lenormant et Moulonguet (*Gyn. et obst.*, 1920), Binet, Duroch (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1921, X), thèse de Pellegrin (Montpellier, 1932), étude anatomo-pathologique de M^lle^ Chevillon, dans sa thèse de Paris, 1933.

Bien que pauvre au sujet de cette forme, la littérature allemande nous offre un travail de Waser (*Zent für Gyn.*, 1927).

Enfin, signalons la place donnée à la question des abcès froids tubaires dans les rapports de MM. P. Brocq, Moulonguet, P. Gibert et R.-L. Rochat, au VIII^e^ Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française (Paris, oct. 1933).

CHAPITRE II

DEFINITION — FREQUENCE

I. — *Définition.*

Le terme d' « abcès froids tubaires » semble avoir été employé pour la première fois par Montprofit, qui distingue, pour classer les salpingites :

a) les salpingites catarrhales;
b) les salpingites interstitielles;
c) les abcès de la trompe, dont la salpingite tuberculeuse ou « *abcès froid tubaire* ».

Plus tard, J.-L. Faure, au Congrès de Rome en 1902, décrit dans son rapport, sous l'appellation de « *véritables abcès froids de la trompe* », « des collections de volume parfois énormes de pus, tantôt séreux et mal lié, tantôt épais et caséeux. »

Albertin a limité ainsi la signification du terme, en le définissant : « C'est la localisation tuberculeuse, chronique d'emblée, évoluant à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott et rappelant, par son évolution insidieuse, sa symptomatologie fruste, ses dimensions et les caractères du pus, l'abcès par congestion. »

Il y a donc lieu de distinguer l'abcès froid tubaire proprement dit des abcès interstitiels et des collections (dites « pyosalpinx tuberculeux »), enkystées dans les trompes, dans certains cas de salpingite infiltrée caséeuse, dont le séparent bien des caractères anatomo-pathologiques et cliniques sur lesquels nous aurons à insister.

Bien individualisée, cette forme de la tuberculose tubaire a pris place dans les traités récents, et l'ensemble de la tuberculose tubaire se divise donc ainsi :

a) Forme miliaire avec ascite;
b) Salpingite banale;
c) Forme infiltrée caséeuse avec pelvi-péritonite tuberculeuse;
d) Forme interstitielle ou fongueuse hypertrophique décrite par Albertin;
e) Forme suppurée spéciale : *abcès froids tubaires.*

II. — *Fréquence.*

En faisant systématiquement des examens microscopiques, bactériologiques et inoscopiques sur des trompes en apparence atteintes de salpingite banale, on a trouvé que, chez les femmes et les jeunes filles de 15 à 30 ans, la tuberculose tubaire fait 7 à 14 p. 100 du total des salpingites (Pollosson).

Norris (*Am. J. of Gyn. and Obst.*, 1928, XVI) en trouve 7,7 p. 100 dont *un quart* des cas insoupçonnés avant l'examen histologique.

Dretzka (*Surg. Gyn. Obst.*, 1928), sur des examens histologiques systématiques, dit 8,9 p. 100.

Greenberg (*Bull. J. Hopkins Hosp.*, févr. 1921) en a trouvé 200 cas sur 3.000 salpingites, donc 1 sur 13. Lenormant et Moulonguet proposent 10,5 p. 100 et Villard (Condamin, thèse de Lyon, 1928) 11,2 p. 100.

Si von Smith donne des chiffres plus bas, c'est que sa statistique porte sur des années très anciennes.

En outre, la trompe paraît bien être l'organe le plus souvent touché, de beaucoup, dans la tuberculose génitale de la femme. Pour beaucoup d'auteurs, tous les cas de tuberculose génitale comportent une salpingite tuberculeuse et débutent souvent par elle. En tout cas, les statistiques montrent que dans 85 à 90 p. 100 des cas, la trompe est atteinte.

La tuberculose tubaire *isolée* (et nous verrons que l'abcès

froid tubaire en fait partie) constitue, d'après les statistiques de Spaeth, Simmonds, Reclus, 9,4 p. 100 seulement des tuberculoses génitales (41 cas sur 434). En clinique, cependant, il est fréquent de rencontrer des femmes présentant une tuberculose génitale sans aucune lésion évolutive.

En ce qui concerne le cas particulier de l'abcès froid tubaire, nous n'avons pas trouvé de chiffres statistiques dans la littérature, mais, étant donné les assez nombreuses observations qui en existent, et eu égard au nombre non négligeable des tuberculoses tubaires isolées, nous pouvons dire que l'objet de ce travail n'est pas une rareté pathologique.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Si l'étiologie des abcès froids tubaires est identique à celle de la tuberculose tubaire en général, en ce qui concerne les voies de la contamination, elle s'en sépare nettement au point de vue des circonstances favorisantes, comme nous le verrons.

On est actuellement fixé sur la pénétration du bacille de Koch. La contamination locale, par inoculation directe, est reléguée à sa vraie place, et, si on a pu citer des cas d'inoculation par du sperme tuberculeux, le dépôt de salive bacillifère à l'entrée de la vulve (Hammer), des linges souillés de fèces d'entérite tuberculeuse, de canules souillées de pus tuberculeux, etc. (Derville, thèse Paris, 1887; Fernet, 1894, Soc. méd. des hôp.), cette contagion directe est exceptionnelle. Cependant, Grimault admet encore ce mode de contamination chez les petits filles soumises à des contacts vulvaires malpropres (Soc. obst. et gyn. Nancy, 1924).

Quoi qu'il en soit, l'unanimité est faite, actuellement, sur le fait que la tuberculose tubaire *primitive* est très rare. D'ailleurs, on a pu montrer expérimentalement, sur des animaux, que la contagion directe n'est effective que s'il existe une lésion de la muqueuse, le dépôt de matière bacillifère dans un vagin indemne étant anocif. D'autre part, les lésions cervicales précèdent bien exceptionnellement celles des trompes : l'infection *ascendante* est une rareté. Ce qui le prouve, c'est que la tuberculose frappe électivement les trompes et aussi les parties les plus hautes de l'utérus.

Dans le cas particulier de l'abcès froid tubaire, isolé, il ne peut s'agir que rarement de contamination par voisinage d'intestin ou de péritoine infecté. L'infection par les liquides péritonéaux est sans doute exceptionnelle; du moins la plupart des auteurs admettent, au contraire, que c'est la trompe malade qui finit par infecter le péritoine.

Aussi, la *voie sanguine* est-elle celle qu'emprunte le germe La lésion tubaire est associée ou secondaire à un chancre d'inoculation situé dans un autre organe, qui est en général le poumon (par inhalation, avec, comme relai, les ganglions médiastinaux : Küss), plus rarement l'intestin et les ganglions mésentériques, constituant des tuberculoses latentes. « Ces lésions génitales initiales datent probablement du jeune âge », dit Moulonguet (*Gyn. et Obst.*, 1933); « elles sont ignorées jusqu'au jour où leur extension en surface, leur évolution anatomo-clinique, leur font acquérir des symptômes ». C'est, en somme, par le même mécanisme que les collections pottiques ou les tumeurs blanches révèlent à la longue des lésions dont le premier germe est resté longtemps inapparent et ignoré, du fait de son silence absolu.

Pourquoi l'infection tuberculeuse vient-elle se fixer sur la trompe ?

Si on peut mettre en évidence le rôle des rapports sexuels, de la menstruation, des infections génitales, de la grossesse, des interventions gynécologiques, sur les poussées évolutives des autres formes de la tuberculose tubaire, nous ignorons la cause du tropisme qui crée l'abcès froid tubaire. Car on ne peut incriminer, dans le cas qui nous occupe, les « infections prébacillaires » de la trompe, créant un état de susceptibilité, de moindre résistance de l'organe, puisque, nous le verrons plus loin, l'abcès froid tubaire se rencontre surtout chez des jeunes femmes vierges de toute inflammation préexistante blennorragique ou puerpuérale. L'hypothèse du « vase clos » invoquée par Bernheim en 1900 au XII[e] Congrès

international de médecine, à Paris, n'explique rien. Les auteurs allemands prétendent qu'il y aurait un lien entre l'insuffisance de développement congénital de la trompe et leur tuberculisation torpide.

Il est plus vraisemblable que, comme l'a fait remarquer Amann au Congrès de Rome en 1902, la fixation élective du processus tuberculeux sur les trompes serait explicable par une particularité de vascularisation de ces organes, qui présentent un territoire mal irrigué entre les branches ovarienne et tubaire de l'artère utérine. Cette zone se comporterait donc comme les sommets pulmonaires et les os, et serait, pour la même raison qu'eux, électivement frappée par la tuberculose. Arrêtons-nous à cette hypothèse, la plus satisfaisante actuellement, mais avouons que nous ne sommes pas encore définitivement fixés à ce sujet.

On peut aussi se demander pourquoi la trompe réagit de façon si diverse vis-à-vis du bacille de Koch, qu'elle aboutit à des formes si différentes, telles que la salpingite interstitielle, les pyosalpinx aigus, l'abcès froid.

C'est qu'il s'agit, dans le cas d'abcès froid, d'une tuberculose chronique d'emblée, d'une tuberculose atténuée, localisée à la muqueuse tubaire, et enkystée, en quelque sorte.

L'atténuation du bacille, peut-être, la résistance des tissus, et surtout l'*état antérieur de la trompe* créent cette forme particulière de l'infection.

Nous verrons, en effet, que cette forme ne se rencontre que chez des femmes jeunes et *vierges de toute infection génitale antérieure*.

Ce sont des femmes de 20 à 30 ans, n'ayant dans les antécédents aucun commémoratif de gonococcie, de grossesse, ni de fausse couche, souvent vierges, anatomiquement, et n'ayant dans leur passé qu'un minimum d'infections.

Ces malades ne présentent donc rien de pathologique, à part leur affection tubaire, et constitueraient des arguments en faveur de la tuberculose primitive si on n'était maintenant fixé à ce sujet, et si les risques de contamination par

la voie génitale n'avaient été, chez ces femmes, bien moindres que par toute autre voie, telle que respiratoire ou digestive.

Cette absence de lésions congénitales antérieures est confirmée par l'examen anatomo-pathologique, qui montre une absence complète de pelvi-péritonite adhésive, dans la plupart des cas, et un complet effacement des plis tubaires (au contraire des salpingites ordinaires, où les replis adhèrent entre eux du fait des inflammations anciennes).

Comment l'abcès froid se développe-t-il ?

Pour Targett (*Brit. Med. Journ.*, oct. 1903), la fermeture de l'ostium abdominale par des granulations du pavillon amènerait la formation d'un *hydrosalpinx* ou d'un hématosalpinx qui dégénérerait ensuite en abcès froid.

G.-J. Thomson rapporte un cas d'hydrosalpinx droit, séreux, résultant d'une tuberculose primitive, et dans lequel il ne put mettre en évidence le bacille de Koch.

J. Edgar (*Glasgow medical*, janv. 1902) donne une observation de tumeurs salpingiennes bilatérales, à semis de granulations miliaires, avec un contenu séreux.

Albertin, se basant sur ces faits, s'est demandé si un stade d'hydrosalpinx tuberculeux à contenu séreux, résultant d'un processus très atténué de tuberculose, ne dégénérait pas en abcès froid, qu'il précéderait.

En tout cas, les observations de ce fait sont rares. Peut-être est-ce parce que cette lésion première n'est-elle que rarement rapportée à la tuberculose faute d'examen systématique des pièces. Peut-être aussi ne s'agit-il, dans plusieurs cas, que d'hydrosalpinx résultant d'une inflammation banale et très atténuée, s'infectant secondairement par le bacille de Koch.

Quoi qu'il en soit, cette hypothèse est basée sur trop peu d'observations pour être retenue, comme tend à le faire Albertin, comme une pathogénie constante, ni même cou-

rante. Waser s'est même demandé, à propos d'un cas de Schrœder (*Zent. für Gyn.*, 1901), si cette lésion ne serait pas, en réalité, le résultat de la transformation tardive des vieux abcès froids tubaires. La vérité est qu'on est très mal renseigné, actuellement, sur la fréquence et la signification des hydrosalpinx tuberculeux.

Dans l'abcès froid tubaire, il faut bien que l'infection soit très localisée à la muqueuse, sans aucune modification préalable des replis. Elle aboutit à une sécrétion purulente qui s'accumule dans la trompe, du fait de l'occlusion fonctionnelle de l'ostium uterinum, normalement imperméable aux liquides sous pression, et d'une fermeture anatomique de l'ostium abdominale, par un accolement des franges sur le mécanisme duquel on n'est pas fixé.

Aucune adhérence péritonéale, sinon très localisée, résultant d'une inflammation antérieure ne bridant la collection, aucune sclérose des parois de la trompe ne s'opposant à son développement, la masse devient énorme parfois (Jeannel en a trouvé contenant 4 litres de pus; trompe droite pesant 647 grammes, dans un cas de Steman), en restant libre et lisse extérieurement.

Cette pathogénie permet de comprendre les particularités anatomo-pathologiques de l'abcès froid tubaire, si différentes des autres salpingites tuberculeuses, et que nous étudions au chapitre suivant.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les abcès froids tubaires sont, du fait des particularités lésionnelles qui les constituent, un type bien à part parmi les différentes tuberculoses tubaires.

A peu près toujours, ils sont bilatéraux. Dans les cas d'abcès d'une seule trompe, dont Picqué et Abadie ont cité quatre cas, et qui sont une vraie rareté, encore faut-il se méfier de la possibilité d'une tuberculisation inapparente de l'autre trompe. La malade que cite Abadie récidiva au bout de deux ans, et Patel (Soc. chir. Lyon, 15 avril 1920) dut réopérer pour une récidive contralatérale. Aussi peut-on dire que l'abcès froid tubaire est bilatéral.

Leur siège varie évidemment suivant le volume de la poche, la position acquise par la trompe et les adhérences qu'elle peut finir par contracter. Dans les cas moyens, ils occupent le petit bassin, accolés aux côtés de l'utérus à la manière des tumeurs du ligament large, ou basculés dans le Douglas (Delbet, *Traité des suppurations pelviennes*). Lorsque la poche a un contenu très volumineux, sa situation est plutôt abdominale, pouvant remonter très haut, comme dans une observation d'Albertin, où la tumeur remontait jusqu'au foie, auquel elle était adhérente.

La partie isthmique de la trompe, moins extensible, participe moins à la distension que l'ampoule : la forme générale est donc celle d'une poire, d'une aubergine ou d'une cornemuse, réunies à l'utérus par un pédicule, ce qui per-

met à l'abcès de se tordre (Lapeyre, *Obst. et Gyn.*, 1933; Hamant, Soc. gyn. et obst., Nancy, 1924; Weiss et Mathieu, Soc. gyn. et obst., Nancy, 1922).

Habituellement gros comme une orange ou une tête d'enfant, l'abcès froid tubaire peut atteindre un volume énorme. Stenemann cite un cas où la trompe, ovoïde, mesurait 24 centimètres de grand diamètre. Jeannel (thèse Chaufton, Paris, 1904), en a vu contenant 4 litres de pus.

L'aspect extérieur de ces abcès est spécial. Grosses poches à paroi scléreuse et lisse, « ils rappellent l'aspect des vieux kystes de l'ovaire » (Albertin) par leur couleur d'un blanc nacré, parfois bleuté ou grisâtre. La paroi extérieure est toujours régulière et lisse, et généralement sans adhérences entre le péritoine qui la recouvre et les organes voisins. Au plus, quelques adhérences peu serrées, et en des points très limités. Ce fait, constaté par Delbet « comme un fait curieux, réel et rare » dans son traité des suppurations pelviennes, et par Sœure, dans sa thèse, est explicable par ce que nous avons dit au sujet de la pathogénie de ces abcès. Il explique, en tous cas, qu'à l'examen clinique on trouve très généralement la mobilité de ces tumeurs.

C'est à peine si on voit parfois, sur le péritoine voisin, quelques granulations qui affirment la nature tuberculeuse de la lésion, et qui, bien que parfois causes de l'affection de la trompe, sont absolument indépendantes de la tuberculose tubaire, et ont une évolution propre.

Les franges et le pavillon ont disparu; l'ovaire, souvent accolé à la tumeur, peut aussi être parfaitement libre.

Le contenu est un pus tuberculeux, mal lié, rappelant en tous points le liquide puriforme que l'on retire des abcès pottiques, et qui, suivant l'âge de l'abcès, présente l'aspect d'un caséum verdâtre, ou d'une eau jaunâtre et louche avec des grumeaux. Yung a trouvé 24 fois le bacille de Koch dans le pus, mais on ne peut pas toujours le mettre en évidence.

La paroi interne, jaunâtre et lisse, ne présente plus les replis habituels de la trompe, qui ont été effacés par la

distension. (Nous avons vu que cela supposait une intégrité préalable absolue de ces replis, sans sclérose ni adhérence entre eux.) Elle ne présente que rarement des granulations. Son aspect le plus général est celui de la « membrane tuberculogène » habituelle des abcès tuberculeux, et on n'y trouve plus trace de muqueuse. Au microscope, on constate une disparition considérable des fibres musculaires, étouffées par une sclérose avasculaire. Dans la sous-muqueuse prédominent les éléments constituants ordinaires du follicule tuberculeux : cellules géantes, cellules lymphoïdes entourant de grosses cellules épithéliales. A la coupe, on n'observe que rarement des bacilles de Koch visibles.

En voyant la description de ces abcès, on comprend que les chirurgiens, en face de ces péritoines sans granulations et souvent sans symphyse, aient pu douter de la nature tuberculeuse de la lésion que la laparotomie leur découvrait. Souvent l'examen histologique a pu, seul, en démontrer la nature. Les formes de passage avec la salpingo-péritonite sont plus aisées à reconnaître, et sont assez fréquemment rencontrées.

Mais actuellement, même dans les cas purs, le chirurgien, averti, doit penser à la tuberculose, diagnostiquer l'abcès froid tubaire lors de la laparotomie, s'il ne l'a pas fait avant, et, songeant à la bilatéralité quasi absolue de la lésion, orienter son intervention dans un sens que la simple apparence ne ferait pas présager.

CHAPITRE V

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

I. — *Evolution.*

L'évolution de l'abcès froid tubaire est ordinairement lente, torpide même, si bien qu'on croit souvent à une tumeur, et particulièrement on pense avoir affaire à un kyste de l'ovaire.

Mais parfois cette évolution lente peut être interrompue par des poussées d'allure aiguë, crises très passagères de réaction péritonéale, explication des rares adhérences constatées parfois à la laparotomie. L'abcès froid tubaire peut aussi se transformer graduellement en salpingo-péritonite : ces formes de transition sont relativement fréquentes; Wahl en cite un cas chez une fillette de 15 ans (*Surg. Clin. North America*, 1923). Et on a pu observer des cas d'occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse.

II. — *Complications.*

Dans 15 p. 100 des cas, les abcès froids tubaires se manifestent par une complication.

a) Du fait de leur pédicule et de leur liberté dans un péritoine non adhérent, ils courent le risque de *torsion.* (Von Merdervoort; Weiss et Mathieu, Soc. gyn. et obst., Nancy, 1922; Lapeyre, Soc. gyn. et obst., 1933.)

Hamant (Soc. gyn. et obst., Nancy, 1924) signale un cas où le pédicule de l'abcès était tordu trois fois. Cette torsion peut ne se manifester par aucun phénomène douloureux :

Chastenet de Géry et Lacroix (Soc. nat. chir., 1927) en ont donné une observation.

Cependant, en règle générale, cette torsion se manifeste par une vive douleur abdominale, parfois même par une série de crises douloureuses, la trompe se tordant en plusieurs temps sur son pédicule.

A signaler que cette torsion a lieu le plus souvent à droite. La cause de cette fréquence est très discutée. D'après Simonet, le mouvement de torsion serait amorcé par une stase veineuse que favorise, à droite, le voisinage souvent immédiat de l'appendice plus ou moins enflammé.

b) D'autre part, la tension parfois considérable du pus qu'ils contiennent rend leur *rupture* possible, lors des efforts en particulier, comme dans l'observation de Thiers (*Provence méd.-chir.*, 1928) : cas d'une femme prise d'une douleur syncopale en soulevant sa lessive, si bien qu'on pense à une rupture de grossesse extra-utérine. A la laparotomie, on trouve un abcès froid bilatéral, le droit rompu dans le péritoine. Porcher (thèse Lille, 1930) cite un cas, rapporté par Camelot, qui crut, dans un cas semblable, à l'appendicite, parce qu'il y avait de la contracture, et que la malade était vierge; il trouva un abcès froid tubaire fissuré.

Dans ces cas de rupture de la poche, la confusion sera faite, le plus souvent, avec la rupture de grossesse extra-utérine. Cette erreur n'aura d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse, puisque, dans un cas comme dans l'autre, il faut de toute urgence opérer.

A la suite d'une poussée de péritonite amenant la formation d'adhérences, on pourrait observer l'ouverture spontanée des collections dans l'intestin, la vessie ou le vagin. Cette évolution ne saurait être attendue comme un processus de guérison, car elle aboutit à des fistules interminables, gênantes et très dangereuses, ouvrant la porte à une infection infiniment plus grave, tuant les malades par une fièvre hectique. D'ailleurs, la tuberculose continuerait son évolution, accélérée parfois par une généralisation pulmonaire ou méningée.

On a pu aussi se demander si les abcès froids tubaires ne pouvaient guérir par transformation en hydrosalpinx séreux : nous l'avons vu, en étudiant la pathogénie (Waser, sur un cas de Schroeder, *Zent. für Gyn.*, 1901). Cette évolution heureuse n'est rien moins que probable, et on ne devra jamais, évidemment, compter sur sa possibilité. D'autant qu'en admettant même cette transformation (voire cette amélioration), l'hydrosalpinx résultant n'en resterait pas moins sujet à la rupture ou à la torsion, ou resterait, tout au moins, du fait de la tumeur volumineuse qu'il constituerait, une gêne abdominale considérable et constante pour la malade.

III. — *Pronostic.*

Le pronostic peut se trouver considérablement modifié par l'association de l'abcès froid tubaire avec une tuberculose généralisée, toujours possible. La poche peut aussi être le siège d'une infection secondaire par le colibacille (*Gyn. et obst.*, oct. 1933, p. 198).

Quant au cancer de la trompe associé à la tuberculose tubaire, il a été rencontré par Klein (*Zent. für Gyn.*, 1929), Calahan, Schiltz et Hellwig (*Surg. Gyn. Obst.*, 1929) et Strubler (*Monat. f. Geburt. und Gyn.*, 1923); mais en ce qui concerne le cas spécial de l'abcès froid tubaire, nous n'avons pu trouver d'observation de sa dégénérescence néoplasique ou de son association avec le cancer de la trompe.

Au point de vue du *pronostic fonctionnel*, on doit se demander si une femme atteinte de tuberculose annexielle peut mener une vie génitale normale. Il ressort de la thèse de Feuillade (Nancy, 1924) que, si la *stérilité est la règle*, dans la proportion de 68 p. 100 (pour Von Smith) à 80 p. 100 (Hartmann), les lésions tubaires ne seraient pas absolument incompatibles avec une fécondation, soit que le traitement ait été purement médical (ce qui revient à dire que la tuberculose génitale continue à évoluer), soit que l'intervention chirurgicale ait été conservatrice.

Dans ces cas, la grossesse serait à nidation normale, mais serait souvent interrompue par un avortement. L'accouchement serait difficile, du fait de la gêne mécanique (s'il n'y avait pas eu intervention), et la possibilité de rupture des poches ou de généralisation du processus tuberculeux très accrue.

Quant à l'enfant possible, il se trouverait soumis aux conditions ordinaires et aux possibilités évolutives que Fontes, Calmette et Couvelaire ont déterminées ces dernières années, dans leurs études sur la transmission placentaire du virus filtrant tuberculeux.

Nous sommes obligé, en ce qui concerne ce pronostic, de nous borner aux probabilités logiques, car nous n'avons pas trouvé d'étude faite, les observations que nous avons pu consulter portant sur des femmes n'ayant jamais eu de grossesse et, souvent même, sur des vierges. Quoi qu'il en soit, une jeune fille atteinte d'abcès froid tubaire pose le problème général et délicat du mariage des tuberculeuses. Il peut être prudent de ne pas pousser au mariage ni surtout la grossesse dans les cas même traités par une chirurgie conservatrice. Il n'y a pas de règle absolue, l'expérience seule pouvant servir de guide.

Il résulte de tout ce que nous avons dit plus haut, que, livrée à son évolution naturelle, l'affection est grave, et que, si elle peut évoluer longtemps sans accident, elle n'est en aucun cas susceptible de guérison spontanée.

Nous verrons, en étudiant le traitement, quels éléments curatifs nous avons à notre disposition et à quel point ils modifient le pronostic.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

I. — *Etude clinique.*

Ce qui importe, en clinique, c'est d'établir un diagnostic précoce, afin de pouvoir opérer les malades dès le début de la maladie. Nous allons voir que les symptômes précoces de l'abcès froid tubaire sont assez flous et qu'ils demandent à être recherchés très minutieusement.

L'abcès froid tubaire est en effet une tuberculose très atténuée, et les phénomènes généraux qu'il entraîne sont d'ordinaire banaux, voire même absents. D'autre part, leur symptomatologie fonctionnelle est assez fruste, peu de signes les différencient des autres salpingites tuberculeuses, et le tableau clinique diffère peu de celui des tumeurs kystiques pelviennes.

A. — Signes tirés de l'interrogatoire.

Les antécédents peuvent parfois mettre sur la voie du diagnostic : dans un cas de Hamant (Soc. gyn. et obst. Nancy, 1924), ils permirent de révéler un double abcès froid simulant un fibrome utérin. Un double abcès froid, chez une femme de 33 ans, peut être étiqueté, par Delore et Aigrot (*Lyon médical*, 1921), grâce à la connaissance d'une ascite dans le passé de la malade (13 ans auparavant).

Dans une observation de Lapeyre, de Montpellier, la malade avait fait, quatre ans avant, une pleurésie séro-fibrineuse.

De tels renseignements manquent d'ailleurs, bien souvent, car, comme nous l'avons vu, l'abcès froid tubaire peut très bien apparaître comme le premier accident dû à la tuberculose, chez des femmes en parfaite santé apparente.

Tout comme les abcès du mal de Pott, les abcès froids tubaires ont des manifestations de début très trompeuses et très diverses; leur découverte est souvent due au hasard, et il est souvent impossible, par l'interrogatoire, de remonter à la date précise du début de l'affection.

La douleur est, le plus souvent, le premier signe qui a attiré l'attention des malades. Tantôt pelvienne, tantôt abdominale, elle a l'allure générale de celle des salpingites chroniques banales.

Tantôt c'est une simple gêne, un tiraillement derrière le pubis, une sensation de ballonnement (parfois accompagnée de ballonnement vrai), une lourdeur dans le bas-ventre, irradiée vers les cuisses ou vers les reins.

Très rarement, elle se manifeste, comme dans l'observation de Lapeyre, de façon plus aiguë, par des coliques salpingiennes, sans aucune réaction péritonéale. Ces coliques sont transitoires, disparaissent en quelques heures ou en quelques jours au plus en laissant subsister ce fond de gêne persistante, coupé de périodes absolument muettes, où la malade vaque sans aucun trouble à ses occupations habituelles. Ces douleurs sont moins calmées par le repos et le traitement médical que les salpingites chroniques banales.

Elles se montrent souvent à l'occasion des règles.

Les troubles de la menstruation. — Ils sont essentiellement variables, et même inconstants, aussi bien dans le cas qui nous occupe que dans toutes les inflammations tubaires, et perdent, par conséquent, beaucoup de leur intérêt.

On a signalé la leucorrhée comme un signe fréquent. Parfois très abondante, elle doit d'autres fois, au contraire, être recherchée. Elle diffère nettement, quand elle existe, de la leucorrhée gonococcique.

Dans d'autres cas, on trouve des métrorragies arythmi-

ques, sans qu'il ait été possible de mettre en évidence leur rapport direct avec les lésions de la trompe. Sans doute sont-elles plutôt causées par une altération discrète de l'endomètre.

Parfois, enfin, on trouve de l'aménorrhée.

L'augmentation de volume du ventre est, à partir d'un certain degré de développement, le premier signe qui inquiète la malade et l'amène à consulter.

Les troubles vésicaux et intestinaux (fréquence des mictions due à l'irritation de la vessie ou à un léger degré de péricystite, diarrhée), signalés par Albertin, paraissent très inconstants.

Les troubles généraux, enfin, sont rarement assez marqués pour inquiéter les malades, ce qui est peu surprenant, dans ce cas de tuberculose très atténuée et d'allure quasi primitive.

L'amaigrissement, la fièvre, ont rarement attiré l'attention. L'appétit est généralement conservé.

B. — Signes tirés de l'examen.

A l'inspection, on ne dénote rien de spécial, sinon dans les cas anciens, où la tumeur a déjà atteint un développement suffisant pour se manifester par une augmentation de volume du ventre. Dans ces cas, en effet, les abcès froids ont remonté dans l'abdomen, leurs dimensions ne leur permettant plus d'être contenus dans le pelvis. Ils peuvent parfois faire saillie assez nettement et se dessiner sous la paroi si celle-ci est assez mince et assez atone. Le plus souvent ils font l'effet d'une tuméfaction iliaque bilatérale.

Au palper, on délimite bien ces tumeurs, lisses et nettes, de consistance ferme, jamais fluctuante. Bilatérales, elles s'étalent sur les fosses iliaques, ou, plus médianes, elles remontent jusqu'à l'ombilic.

On les sent toujours nettement indépendantes l'une de l'autre, et on peut les faire glisser en sens inverse.

A la percussion, ces abcès présentent une matité ayant tous les caractères de celle des kystes de l'ovaire.

Le toucher vaginal permet de délimiter nettement ces tumeurs et d'en percevoir divers caractères importants pour le diagnostic! Les culs-de-sac vaginaux sont souples. Si la tumeur est abdominale, on peut trouver le Douglas vide. Généralement, on sent, dans les culs-de-sac latéraux ou dans le Douglas, une masse régulière, ou peu bosselée, mais à surface lisse, assez rénitente, non fluctuante.

Au toucher et palper combinés, ces masses sont libres ou peu adhérentes. Elles sont indépendantes de l'utérus (nous avons vu qu'elles sont toujours pédiculées). Celui-ci est bien délimitable, séparé des poches par un sillon, et ne subit pas les déplacements qu'on leur imprime.

C. — Signes donnés par la surveillance des malades.

On comprend que, dans ces conditions de bonne santé générale apparente, ces renseignements soient assez maigres. On peut par des pesées périodiques, se faire une connaissance exacte de l'*amaigrissement* de la malade. On surveille sa *courbe de température*, bien que, dans ces cas, l'irrégularité thermique soit assez peu marquée, malgré qu'on ait pu dire que cette classe de tuberculeuses étaient des « déséquilibrées thermiques ». Quant au *pouls*, il est en général bon, et ne suit pas les variations de la température.

D. — Diagnostic des complications.

Nous l'avons vu, l'abcès froid tubaire se manifeste, dans 15 p. 100 des cas, par une complication, les deux principales étant la rupture et la torsion. Nous avons étudié la symptomatologie de ces accidents avec l'évolution des abcès froids tubaires. Qu'il nous suffise de rappeler que la rupture, par la similitude de ses signes (« coup de poignard abdominal », syncope, vomissements, pouls petit et rapide, sans température) avec ceux de la grossesse tubaire rompue, sera

bien souvent confondue avec cette dernière. Quant à la torsion, nous avons vu que, tantôt bien tolérée, tantôt l'occasion de crises douloureuses plus ou moins passagères, elle prêtait à confusion avec la torsion de diverses productions pelviennes. Quoi qu'il en soit, leur diagnostic différentiel ne présente aucun intérêt pratique, puisque leurs symptômes commandent l'intervention d'urgence.

II. — *Recherches de laboratoire.*

a) On a pu songer à utiliser les réactions sérologiques du diagnostic de la tuberculose. Mais on sait combien une cutiréaction à la tuberculine positive est chose banale, et si J.-L. Faure et Siredey en parlaient encore dans leur *Traité de gynécologie*, c'est aujourd'hui périmé.

La réaction de Vernes est assez aléatoire, et la réaction de Besredka inconstante.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'épreuve de l'iodure, reconnue depuis longtemps comme dangereuse.

Peut-être pourrait-on tirer argument d'une certaine lymphocytose. Il est difficile de l'affirmer, d'autant que ce signe est inconstant.

b) Quant à l'examen des pertes blanches, Amann a montré qu'il était inutile, car toujours infructueux.

c) Dernièrement, Wieloch (*Zent. für Gyn.*, 1929, p. 2737) a proposé un procédé qui peut paraître intéressant : il consiste à ponctionner l'abcès froid tubaire, par voie vaginale, et à ensemencer le pus. Mais, outre que le bacille de Koch ne fourmille pas souvent dans ce pus, le procédé ne laisse pas de présenter un certain danger, pour ne pas dire un danger certain.

III. — *Diagnostic différentiel.*

Les abcès froids tubaires sont donc caractérisés par un début insidieux, une évolution torpide, des symptômes frus-

tes, ensemble frappant à peine l'état général, et cadrant mal avec l'importance des collections purulentes.

a) Du fait de cette évolution quasi muette et des signes qu'ils donnent à l'examen, les abcès se rapprochent beaucoup des *kystes de l'ovaire*. La confusion est fréquente, et Albertin, Jeannel, Ladinski, Horteloup, etc., rapportent de nombreuses observations.

Un des caractères les plus notables, qui puisse faire pencher la balance du côté de l'abcès froid, est la bilatéralité, rare dans le cas de kyste. La fixité du volume, également, qui peut demeurer pendant de longues années.

D'autre part, la forme de l'abcès est plutôt allongée, souvent aplatie, différente donc de la sphéricité franche du kyste de l'ovaire. Ce dernier est aussi plus irrégulier, plus bosselé, parfois fluctuant quand il est gros, alors que l'abcès froid resterait toujours rénitent et même dur (Albertin).

Les signes généraux, enfin, quand ils existent; se souvenir cependant qu'il existe des kystes tuberculeux (ou tuberculisés) de l'ovaire. Le professeur Guyot en a rapporté un cas typique (*Gyn. et obst.*, janv. 1933). Dans ces cas, le diagnostic différentiel paraît impossible.

b) Les *kystes intraligamentaires* se différencient plus aisément : franchement latéraux, uniques et fixés.

c) L'*hydrosalpinx* est plus difficile à éliminer : souvent bilatéral, comme l'abcès froid, il est pourtant plus fluctuant, et aussi de volume moindre.

d) L'*hématosalpinx* est toujours unilatéral.

e) Le *pyosalpinx gonococcique refroidi*, anatomiquement presque semblable, aura pourtant pour le différencier son histoire clinique et les caractères des pertes, si le microbe peut y être décelé.

f) Les *kystes du mésentère*, les *tumeurs fibrokystiques de l'utérus*, l'*hydronéphrose*, seront plus facilement différenciés.

g) La *grossesse tubaire* pourrait être confondue avec l'abcès froid, du fait de ses débuts silencieux et de son évolution

rapide. Il suffira de montrer que « les seins sont positifs », selon l'expression du professeur Guyot, pour mettre les choses au point. En outre, l'aménorrhée pourra mettre sur la voie, ainsi que l'augmentation de volume de l'utérus. Dans les cas vraiment difficiles, la réaction de Brouha rendra des services.

h) Les formes de passage avec la *salpingo-péritonite* sont plus plus faciles à reconnaître. Elles sont assez fréquentes (Wahl, 1923).

On pensera à l'abcès froid tubaire si on peut retrouver quelques antécédents tuberculeux, des douleurs légères, une perte progressive de poids. Malheureusement, le kyste de l'ovaire à pédicule tordu donne les mêmes symptômes, avec ses douleurs fugitives.

Le diagnostic de l'abcès froid tubaire, qui peut simuler tant de lésions diverses, est donc difficile, et il peut encore arriver de le méconnaître. Nous n'irons cependant pas jusqu'à dire, avec J.-L. Faure : « En dehors de cas exceptionnels..., il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération, et quelquefois même au cours des examens histologiques ! » (Rome, 1902.)

Le diagnostic n'est pas impossible. Encore faut-il, chez les femmes jeunes, vierges de toute infection génitale antérieure, mais à antécédents bacillaires supposés, qui présentent une tumeur abdomino-pelvienne volumineuse et bilatérale, même évoluant sans douleurs nettes ni modifications notables de l'état général, songer à la possibilité d'abcès froids tubaires.

IV. — *Diagnostic opératoire et postopératoire.*

Nous venons de le voir, il arrive fréquemment qu'avant la laparotomie, le diagnostic d'abcès froid tubaire n'ait pas été porté. Une fois la laparotomie faite, nous avons vu éga-

lement, au chapitre de l'anatomie pathologique, que le chirurgien peut parfaitement se trouver dans l'impossibilité d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions : l'examen à l'œil nu n'embrasse bien souvent qu'un péritoine sans granulations, ne présentant qu'une inflammation d'apparence banale, et des organes en apparence sains. Nous avons également, à ce moment, envisagé la nécessité de pratiquer un examen histologique extemporané.

Les aspects de la tuberculose tubaire sont-ils donc si pathognomoniques, au microscope ? Oui, si le prélèvement a été bien fait. En effet, si on ne trouve rien, on peut être sûr qu'il ne s'agit pas de tuberculose, car les cellules géantes y sont toujours abondantes, ainsi que les follicules. Si elles existent, il ne peut s'agir que de tuberculose, car la syphilis des annexes est extrêmement rare. Nous ne reviendrons pas sur ces images, que nous avons décrites avec l'anatomie de ces lésions.

Nous rappellerons seulement l'intérêt, nous dirons même l'obligation, qu'il y a de pratiquer des examens microscopiques systématiques, qui peuvent seuls renseigner sur la fréquence exacte de l'affection, ses formes insoupçonnées, et surtout guider si utilement les suites opératoires et l'avenir du traitement.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Les idées ont évolué, au cours des années, en ce qui concerne le traitement de la tuberculose annexielle en général. Avant la guerre, sous l'influence du grand enthousiasme qu'avait soulevé l'avènement de la chirurgie générale, à l'époque du Congrès de Rome de 1902 (Rapport de J.-L. Faure), la plupart des gynécologues n'envisageaient que l'exérèse radicale ou l'abstention simple, dans les cas à contre-indications.

Albertin (*Lyon chirurgical*, 1908) : « Avant toute discussion de thérapeutique chirurgicale, on peut poser comme axiome que tout foyer de tuberculose localisée doit être enlevé. » « Il faut opérer cela dès que le diagnostic est posé. »

En 1911, à Munich, tout en restant fidèles à l'intervention, les praticiens furent scindés par deux tendances : la tendance à la castration (Wertheim) et la tendance conservatrice (Doderlein).

A cette époque, quelques auteurs étrangers commencèrent à publier des résultats de physiothérapie, et, à leur suite, Patel et Olivier (*Revue de gyn. et chir. abd.*, 1913).

Après la guerre, on put juger des résultats éloignés des divers traitements, publiés de tous côtés, et diverses tendances s'affirmèrent : les Américains, Greensberg (Tuberculose tubaire, étude clinique de 200 cas, *J. Hopkins Hosp. reports*, 1921), von Smith (Salpingites tuberculeuses, cas traités de 1896 à 1897 au Free Hospital for Women of Boston, *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, 1928), se montrèrent partisans du traitement chirurgical.

Les auteurs allemands inclinèrent vers l'association aux méthodes chirurgicales des moyens physiothérapiques dont leurs travaux prouvèrent l'efficacité, au moins en tant qu'adjuvants (Weibel, Eymer).

En France, les auteurs, prenant le juste milieu, manifestent un éclectisme judicieux en conseillant une thérapeutique... opportuniste, appliquée à chaque cas particulier, sans règle de parti pris. Les travaux de Hartman et Buguet (*Gyn. et Obst.*, 1920), Lenormant et Moulonguet (*Gyn. et Obst.*, 1920), Condanim, Vautrin (thèse Lyon, 1928-1929) et Daniel présentent un grand intérêt dans la mise au point de cette question.

Nous nous proposons d'énumérer les différents procédés de traitement actuellement à la disposition du gynécologue, à l'heure actuelle, d'étudier la mesure dans laquelle ils sont applicables au cas qui nous occupe, ainsi que les résultats qu'on peut espérer en obtenir. Nous commencerons par étudier les méthodes dites « médicales », en voyant dans quelle mesure elles peuvent s'appliquer au traitement des abcès froids tubaires. A ce propos, nous discuterons de l'opportunité des nouvelles méthodes physiothérapiques mises au point, à l'étranger surtout, au cours de ces dernières années. Puis, dans une deuxième partie, nous verrons comment est compris actuellement le traitement chirurgical. Nous tâcherons enfin d'en tirer une règle de conduite logique.

I. — *Traitement médical.*

Le traitement médical de la tuberculose tubaire a pour base l'*hygiène* et le *régime*, auxquels on associe divers adjuvants : physiothérapiques (héliothérapie, ultra-violets, infrarouges, rœntgenthérapie, voire curiethérapie ?), médicamenteux (généraux ou locaux), spécifiques, biologiques, crénothérapiques (séjours en villes d'eaux), etc.

Nous insisterons peu sur les traitements médicamenteux généraux : ceux-ci ne diffèrent pas de tous ceux qui sont de

mise actuellement dans tous les cas de bacillose torpide. Qu'il s'agisse de préparations à base d'iode, de calcium, de fer, d'arsenic ou de sels d'or, assimilables par voie buccale ou en injections sous-cutanées ou intramusculaires, elles n'agissent que sur l'état général et la résistance de l'organisme. Ils n'ont d'ailleurs pas de mal à être efficaces, car nous avons vu que l'abcès froid tubaire n'est pas incompatible avec un état général assez satisfaisant.

Le traitement spécifique biologique est le même que l'on emploie dans les bacilloses pulmonaires à évolution lente, et son résultat est aussi variable et inconstant dans un cas que dans l'autre. L'injection de tuberculine a donné de bons résultats à R.-L. Rochat, de Lausanne, qui, d'ailleurs, fait toutes réserves sur l'efficacité de la méthode et son absence de danger, la considérant comme un traitement d'exception.

Le plus clair du traitement général se résumera donc au repos, la bonne alimentation, à l'aération, aux médications « reconstituantes » mentionnées plus haut. Les malades se trouveront bien, également, surtout après l'intervention, d'un séjour dans une station thermale aux eaux chlorurées sodiques, telles que Salies-de-Béarn, Salins-Biarritz (s'il n'y a pas de contre-indication spéciale au séjour à la mer).

Un excellent adjuvant sera, comme nous allons le voir, l'héliothérapie, sinon les autres sources de rayonnements à la mode.

Quant au traitement médicamenteux local, il n'existe pas, à moins qu'on veuille citer les lavages de la cavité abdominale, lors de l'intervention sur les trompes tuberculeuses, avec de l'eau oxygénée ou l'ergochrome, comme l'a préconisé Keller (*Gyn. et Obst.*, 1928).

Physiothérapie.

Nous ne ferons que citer les rayons infrarouges, qui ne trouvent d'application, dans la bacillose tubaire, que dans le cas de séquelles douloureuses. Nous ne ferons également

que mentionner les espoirs qu'on a pu fonder un moment sur la radiothérapie et la curiethérapie. La rœntgenthérapie, qui peut remplacer l'héliothérapie dans la plupart des cas de tuberculose génitale, serait précisément inactive dans les cas de bacillose très limitée telle que l'abcès froid tubaire. L'application de radium n'aurait absolument aucune utilité.

Tout au plus pourrions-nous dire que la radiothérapie constitue la dernière cartouche dans les cas où l'action des autres traitements paraîtrait insuffisante ou, pour quelque raison, impraticable. Dans ces cas, on commencerait les séances de radio dès le cinquième jour après l'intervention (Wolfrang).

Nous ne partageons donc pas les conclusions de Pellegrin, qui, dans sa thèse de 1932, à Montpellier, ne parle que de la radiothérapie dans le traitement des séquelles postopératoires, et néglige le rôle bienfaisant de l'héliothérapie qui, comme nous allons essayer de le montrer, mérite qu'on s'y arrête.

A. — Héliothérapie naturelle.

Sans avoir une action directe sur les lésions, du fait de son faible pouvoir de pénétration, la lumière solaire est un adjuvant très précieux du traitement chirurgical, disons-nous, en anticipant sur nos conclusions.

Déjà employée par Galien dans l' « hydropisie du ventre », elle fut bien laissée de côté à travers les âges, et ce n'est guère que depuis vingt-cinq ans qu'elle est appliquée au traitement des bacilloses dites chirurgicales, où elle a pris une importance considérable.

Rollier, de Leysin; Singer, de Berlin, et Bernhard, de Saint-Moritz, ont mis la méthode au point et l'ont réglée rationnellement. Pourtant, bien que ces dernières années on ait pu assister à des succès nombreux de ces méthodes, dus au perfectionnement considérable de la technique, les traités même récents de gynécologie en font à peine mention. Dans son

Traité de thérapeutique appliquée, le professeur Carles leur dénie même tout rôle dans la tuberculose génitale de la femme. Ce n'a pas été le moindre mérite du dernier Congrès de Paris (en octobre 1933) de s'efforcer de donner à l'héliothérapie le rang qui lui revient.

M. R.-L. Rochat, de Lausanne, y a beaucoup insisté dans son rapport, et nous comprenons, en le lisant, que les échecs ou l'inefficacité de l'héliothérapie sont dus, en réalité, à une connaissance insuffisante de la technique. Maniée par un spécialiste tel que Rochat, elle donne au contraire des résultats magnifiques.

Actuellement, on peut dire, avec Pierra : « S'il fallait résumer de façon à la fois claire et simple toutes les opinions formulées quant à la place de l'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses génitales de la femme, je crois que l'on pourrait formuler les conclusions suivantes : *Il n'est aucune forme de tuberculose génitale qui ne puisse bénéficier de la cure solaire*, soit isolée, soit associée au traitement chirurgical. J'ajoute que, dans le second cas, *elle peut intervenir efficacement soit avant, soit après l'opération.* » (M. L. Pierra, *Revue franç. de gyn.*, avril 1929.)

L'héliothérapie que l'on utilise dans la tuberculose tubaire est celle employée dans les cas de tuberculose chirurgicale : la lumière solaire non modifiée, c'est-à-dire non filtrée, dans la totalité de son spectre. Pour donner le maximum de résultat, elle doit être appliquée en montagne, dans des sanatoria spécialisés dans cette technique. Ces cures en altitude ont l'avantage de ne pas nécessiter d'interruption pendant l'hiver.

En plaines, en ville même, il est possible d'appliquer la méthode, mais seulement du printemps à l'automne. En été, ces cures seront pratiquées le matin, avant que l'ardeur du jour transforme le bain de soleil en bain de chaleur, qui congestionne et affaiblit la malade par une sudoration profuse.

Pour obtenir de la méthode ce qu'on en attend, il faut en bien connaître la technique, et l'appliquer avec une mé-

thode rigoureuse, sinon on peut voir cette arme, excellente quand elle est bien maniée, se retourner et entraîner une aggravation, déclencher une poussée congestive imprévue. Il ne s'agit pas, comme certains auteurs le disent, d'envoyer la malade se reposer à la mer, « le ventre au soleil », mais de les soumettre à une insolation rationnelle, sous contrôle constant des phénomènes réactionnels. La méthode doit être étroitement appliquée au cas propre de la malade, qui devra d'abord s'adapter à l'altitude, garder le repos complet au lit pendant un temps variable, l'accoutumance progressive à l'aération précédant la cure en galerie.

L'héliothérapie doit être décongestive : on y parvient par un procédé dérivatif consistant à toujours commencer et terminer l'insolation générale par les extrémités inférieures, procédé qui a d'abord l'avantage de tâter la susceptibilité de la malade sur des régions qui ne risquent rien, et en même temps de produire une décongestion des organes abdominaux par un appel de sang, dérivation obtenue, en somme, par un mécanisme analogue à celui des bains de pieds sinapisés. Le principe de la méthode est résumé par Rollier, de Leysin, qui a bien réglé la technique : « Quelles que soient la nature et l'étendue des lésions génitales, la thérapeutique que nous appliquons est la cure solaire, générale, individualisée pour chaque cas, et nous faisons appel avant tout à l'action dérivatrice de l'héliothérapie. »

L'héliothérapie abdominale sera « dosée au compte-gouttes » avec une extrême circonspection et sous contrôle : à la moindre réaction, au moindre doute, il faut la supprimer, ou tout au moins l'atténuer, en continuant toutefois l'insolation sur les membres inférieurs, pour continuer l'action dérivatrice du soleil. On ne peut donner de dose type : chaque malade détermine la sienne, après qu'on a étudié attentivement ses réactions.

A noter qu'il faut diminuer l'insolation deux à trois jours avant les règles, pour éviter une congestion trop intense.

Tout ceci revient à dire qu'actuellement l'héliothérapie

naturelle, appliquée strictement, comme elle doit l'être pour être active, ne peut exister que dans un nombre limité de sanatoria spéciaux, et donc accessible à une catégorie sociale restreinte, étant donné les problèmes économiques que pose la fondation de ces établissements.

B. — Héliothérapie artificielle.

Comme nous venons de le voir, l'héliothérapie naturelle, en altitude ou en plaine, est assujettie à des contingences financières encore trop peu favorables, malheureusement, à la majorité des malades, exigeant une cure assez longue en sanatorium spécial.

L'héliothérapie artificielle pourra donc, dans certains cas, suppléer à l'insuffisance de la méthode dont nous venons de parler, et qui lui est, bien entendu, très supérieure.

Elle n'est soumise à aucune des variations météorologiques, et donc applicable en tous lieux et en tous temps.

On emploie deux sources de rayonnement : la lampe à arc, dont le spectre est identique au spectre solaire, et l'actinothérapie par rayons ultra-violets, qui semble avoir nettement la préférence. Bien entendu, ces rayons n'ont d'action immédiate qu'en surface. Ils sont cependant très actifs, bien qu'on ignore encore actuellement leur mode d'action. On pense seulement que l'énergie radiante est absorbée par le sang des capillaires superficiels et transportée ensuite vers les organes profonds.

Malheureusement, l'application de la méthode est très délicate, du fait de l'extrême variabilité du rayonnement suivant l'appareil employé, et de l'inexistence d'une méthode de mesure à la fois simple et pratique. Aussi l'application est-elle encore très empirique : on limite d'abord l'action du rayonnement à une faible surface, et pendant un temps très court, pour tâter la susceptibilité, se réservant d'étendre l' « insolation » à toute la surface cutanée s'il n'y a pas d'intolérance.

C. — Résultats.

En ce qui concerne l'héliothérapie artificielle, il n'existe pas de statistique importante concernant les résultats, dans le cas qui nous occupe, et, malheureusement, quelques cas décrits d'irradiation de la cavité péritonéale après laparotomie semblent concerner une pathologie plutôt péritonéale que tubaire.

Quant à l'héliothérapie, il en va de même, semble-t-il. Le docteur A. Rollier a publié une importante statistique; or, d'après R.-L. Rochat : « Si nous considérons de plus près les résultats obtenus par l'héliothérapie, nous voyons que les succès sont réalisés avant tout dans les cas où il existe d'autres localisations extragénitales de la tuberculose... »

Quoi qu'il en soit, il ne saurait être question d'essayer de traiter l'abcès froid tubaire uniquement par ces méthodes : ce qui n'aurait pour effet que de compromettre le résultat final, en faisant perdre du temps.

Et pour définir la place de l'héliothérapie dans le cas qui nous occupe, nous nous référons à R.-L. Rochat, de Lausanne, qui écrit, en conclusion de son rapport au Congrès de gynécologie de Paris, en octobre 1933 : « *Toutes les formes de tuberculose génitale* ne peuvent que bénéficier d'un traitement héliothérapique bien compris. Les meilleurs résultats semblent donc devoir être obtenus par *une cure solaire faisant suite à toute opération sur les organes génitaux tuberculeux*. Il faut se souvenir que ces femmes atteintes de tuberculose de leurs organes génitaux... peuvent présenter, en dehors du foyer de localisation génitale, d'autres localisations peu graves qui échappent souvent à l'examen clinique. »

Le rôle de l'héliothérapie dans le traitement des abcès froids tubaires n'est donc pas négligeable. Si elle n'est pas, en effet, primordiale, elle est en tout cas un auxiliaire précieux de la chirurgie.

Le seul inconvénient de cette association paraît nous être

signalé par Labry : la durée du traitement se trouve notablement augmentée, et l'absence obligatoire et prolongée des rapports sexuels peut occasionner des troubles dans la vie familiale, ce qui peut être à considérer.

D'autre part, actuellement, il n'existe qu'un nombre restreint d'établissements spécialisés dans ces cures, du fait des frais considérables qu'entraîne leur création. Il est donc souhaitable qu'une application plus étendue les rende le plus tôt possible accessibles à toutes les catégories sociales de malades.

Elles sont, en effet, le complément désirable, sinon indispensable, de l'acte chirurgical.

II. — *Traitement chirurgical.*

L'abcès froid tubaire est le plus souvent une tuberculose tellement localisée qu'elle joue la tuberculose primitive, telle est grande la latence des lésions avec lesquelles elle coexiste.

A la fin du siècle dernier, l'essor considérable de la chirurgie générale entraîna aux premières interventions sur les annexes tuberculeuses. De cette époque datent une monographie de Hégar et la thèse de Spaeth, qui parlent de la découverte du bacille de Koch dans des trompes enlevées chirurgicalement. Hégar, en 1886, semble avoir été le premier à préconiser l'ablation systématique des annexes tuberculeuses. La chirurgie faisant chaque jour des progrès constants de technique et d'instrumentation, on vit l'enthousiasme croître et aboutir, au Congrès de Rome, en 1902, à une majorité d'interventionnistes fervents et absolus. Il y a bien encore quelques abstentionnistes, tels qu'Amann et Veit, mais, dès 1908, il semble que la quasi-unanimité soit faite : « Avant toute discussion de thérapeutique chirurgicale, on peut poser comme *axiome* que tout foyer de tuberculose localisée doit être enlevé... La question est donc résolue : il faut opérer les abcès froids tubaires. » (Albertin, 1908.)

En 1911, à Munich, deux tendances divisèrent les chirurgiens allemands : tout en restant partisans convaincus d'une intervention active, les uns, dont Wertheim, proposèrent la castration totale; d'autres, avec Doderlein, Krönig et Shauta, tinrent pour la tendance conservatrice.

Ces dernières années, les travaux de Patel, Olivier, de Rouville et Mocquot, Vauverts, Vautrin, Greenberg, Van Smith, et surtout de Villard et Condamin, montrent une avance nette de la tendance conservatrice.

Cependant, Daniel, de Bucarest, se montre absolu : « La grande fréquence de la localisation synchronique de la tuberculose à l'utérus et aux trompes nous autorise, lorsque nous constatons la tuberculose dans un segment, à envisager la possibilité de lésions similaires dans un autre segment, et constitue un argument en faveur de la castration utéro-annexielle dans toutes les formes de la tuberculose génitale. »

Quoi qu'il en soit, les importantes statistiques des Américains : Greensberg (*John Hopkins Hop. Reports*, 1921), Peterson et Van Smith (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1922 et 1928), ont confirmé que l'opération était le grand traitement de la tuberculose génitale envisagée dans son ensemble.

Les méthodes chirurgicales, dont la solide expérience s'étend sur plus de quarante années, ont donné, quelles que soient les divergences d'écoles, des guérisons nombreuses et durables.

L'opération étant décidée, que doit-on faire ?

Nous n'envisageons l'idée d'une ponction de la collection à travers le dôme vaginal que pour la repousser aussitôt : outre qu'elle ne guérirait rien, elle serait très dangereuse.

Il n'y a donc de possible que l'ablation des abcès froids par voie abdominale ou vaginale, avec ou sans exérèse complète de l'utérus et de ses annexes.

Avant de discuter de ces différentes possibilités, commençons par éliminer la voie vaginale, impossible du fait du

volume considérable de ces tumeurs (d'ailleurs plus abdominales que pelviennes). Nous la repousserons aussi du fait qu'elle ne donnerait pas une vue assez large des organes pelviens, ce qui est capital en matière de tuberculose annexielle.

La *laparotomie sous-ombilicale*, si commode, est donc la seule voie à suivre : elle seule permet de voir clair, et permet en outre à l'air et à la lumière d'exercer largement sur un péritoine toujours suspect leur action bien connue depuis l'erreur de Spencer Well.

La laparotomie une fois faite, le diagnostic n'est pas toujours évident, il s'en faut. Il faut bien savoir que, dans l'abcès froid tubaire, le semis de granulations, que trop de praticiens auraient encore tendance à considérer comme quasi obligatoire dans la tuberculose génitale, manque le plus souvent. Nous avons insisté sur l'aspect macroscopique de l'abcès froid tubaire, mais, il faut bien le dire, l'erreur est toujours possible dans le diagnostic à l'œil nu.

L'*examen histologique* des fragments prélevés sur les trompes renseigne au contraire toujours. Il serait donc souhaitable que cette pratique devienne systématique. Nous insistons sur la difficulté du diagnostic, car c'est lui qui dirige les suites opératoires et déclenche la mise en œuvre des traitements spéciaux postopératoires que nous avons étudiés dans la première partie de ce chapitre.

Certains cas d'abcès froids tubaires peuvent, en effet, prêter à des erreurs de traitement qu'éviterait un examen histologique extemporané systématique; tels les abcès *unilatéraux*, rares d'ailleurs : la trompe opposée est-elle saine, ou déjà infectée invisiblement ?

Cette simple considération nous amène à envisager la question : faut-il être *radical* ou *conservateur* ?

A. — Traitement conservateur.

Nous avons vu que cette tendance groupait de nombreux adeptes, surtout parmi les Lyonnais : Villard et Condamin se sont efforcés de justifier les exérèses partielles de ces dernières années en se basant sur des résultats qui valent, d'après eux, ceux de l'exérèse totale (utérus, trompes et ovaires).

Cependant, les résultats éloignés semblent meilleurs après les exérèses totales, et les « conservateurs » sont obligés de reconnaître que les récidives postopératoires sont fréquentes : une fois sur sept, d'après de Rouville et Mocquot.

Ces opérations conservatrices comportent la conservation de l'utérus, des deux ovaires, de la trompe « saine », voire d'un segment de trompe.

Cette tendance a son origine dans l'idée que, comme il s'agit de femmes jeunes, la suppression chez ces malades de la menstruation ou de la maternité, voire des deux à la fois, est un sacrifice bien considérable, si on peut l'éviter sans trop compromettre l'avenir.

Si l'idée paraît très justifiable, elle n'est pas au-dessus des critiques : nous allons essayer d'en montrer le danger.

1° *Abcès froid tubaire bilatéral.* — Du fait de la nécessité d'enlever les deux trompes, il est clair que la femme restera stérile, quel que soit l'état de son utérus et de ses ovaires. On a donc dans ce cas la conscience tranquille et on peut sans remords faire une large exérèse de l'utérus, qui est devenu un organe inutile, et peut contenir en germe une récidive du processus tuberculeux. Le seul argument en faveur de sa conservation serait la brièveté plus grande de l'intervention et une meilleure conservation de la statique pelvienne; il est de peu de poids quand on songe que la tuberculose s'étend à l'utérus dans la moitié des cas, d'après Krönig; dans les deux tiers même, d'après Simmonds.

Notre observation III nous donne un exemple d'un ingénieux et original essai d'utilisation du bout utérin des trom-

pes pour reformer des pavillons, par Hamant, dans un cas d'abcès froids bilatéraux, en pure perte, d'ailleurs.

La question devient plus délicate en ce qui concerne les ovaires. Il est exceptionnel que l'ovaire seul soit tuberculeux, mais souvent il se tuberculise au contact d'une trompe infectée. Si on voit qu'il est libre et n'adhère pas à la trompe, on peut le présumer indemne : doit-on le respecter? On peut justifier la conservation par le dessein de maintenir des règles normales (en conservant en outre la moitié inférieure de l'utérus — « hystérectomie fundique » — très rarement tuberculisée chez les jeunes malades). Mais si la conservation de l'*activité sexuelle* (hormones ovariques) peut paraître souhaitable, celle de la *menstruation* l'est-elle également ? On peut en douter, si on songe que la menstruation peut favoriser une fixation du processus tuberculeux sur les organes génitaux restants, s'il y a par ailleurs des foyers latents dans l'organisme, ce qui est le cas. Il existe chez ces femmes une *fièvre menstruelle* ou prémenstruelle, amenant une bacillémie temporaire qui a été démontrée par 19 p. 100 de cas positifs d'inoculation au cobaye (Daniel).

Sabourin va jusqu'à dire que « les femmes tuberculeuses sont tuées par leurs règles ».

Quant à la conservation des ovaires, pour éviter les troubles fonctionnels et généraux dus à la suppression des hormones ovariques, elle est illusoire : chez ces femmes, ces phénomènes de ménopause opératoire sont peu accentués, du fait peut-être du faible développement congénital des organes génitaux. Toute concession à la conservation de la sécrétion interne paraît dangereuse : la conservation opothérapique est de peu de poids en face des risques de récidive.

Au reste, il serait possible d'appliquer à ces opérées la méthode des *greffes ovariennes sous-cutanées* qui, nous avons pu nous en rendre compte dans le service du Professeur Guyot, donne de bons résultats par ailleurs.

2° *Abcès froid tubaire unilatéral.* — Ce cas, rare, nous l'avons vu, pose la question : doit-on respecter la trompe

saine, en tout ou partie, ainsi que l'utérus et les ovaires, pour rendre la malade susceptible de procréer ?

Notre observation XIV (Patel) nous offre un exemple de conservation d'une trompe... en même temps qu'un cas de récidive quatre mois après. Il faut se rappeler, en effet, que les abcès froids tubaires sont des lésions très généralement bilatérales, et que, d'autre part, dans 95 p. 100 des cas de tuberculose génitale, les trompes sont frappées.

Les lésions ont pu ne pas évoluer aussi vite sur la trompe d'apparence saine que sur l'autre, qui présente seule un aspect microscopique suspect. La trompe « saine » peut parfaitement présenter un certain degré d'inflammation de sa muqueuse. On peut, dès lors, s'attendre à des récidives fréquentes : le cas de Patel, déjà cité, n'est pas une exception (7 cas sur 7, Mocquot).

Donc, la conservation de tout ou partie de trompe paraît être, de toutes les tendances conservatrices, la plus dangereuse.

D'ailleurs, si la grossesse chez les femmes atteintes de tuberculose tubaire existe (A. Fruhinsholtz et Feuillade, *Gyn. et Obst.*, 10 oct. 1924), il ne faut pas se faire trop d'illusions sur la possibilité d'une grossesse chez ces opérées.

Nous l'avons vu, la stérilité est plus fréquente chez ces femmes que la grossesse. Encore celle-ci court-elle la chance d'être ectopique, du fait de modifications intimes de la trompe. Ce serait donc faire courir à ces opérées un danger pour un profit hypothétique.

Il ne faut pas non plus oublier les dangers de l'évolution parallèle d'une grossesse et d'une tuberculose génitale : la malade court le risque d'une généralisation, d'une méningite, ou d'accidents pulmonaires, pendant la grossesse ou le *post partum* (... ou *post abortum*).

Nous pouvons donc poser en principe que la grossesse n'est pas souhaitable chez ces malades.

B. — Traitement radical.

Après ce que nous venons de dire des inconvénients du traitement conservateur, il nous reste peu de choses à dire de l'exérèse totale dont les avantages ont été, du même coup, mis en évidence, croyons-nous.

Daniel, de Bucarest, dit à ce sujet, dans la *Gynécologie* (août 1925) : « La fréquence des lésions utérines dans la tuberculose génitale, même lorsqu'il y a des lésions annexielles unilatérales, nous autorise à restreindre les indications de la chirurgie conservatrice, et à pratiquer de préférence une *hystérectomie*, en enlevant l'utérus, ceci non seulement dans les lésions bilatérales, mais encore dans toutes les annexites unilatérales suspectes de tuberculose. »

Deux possibilités s'offrent au chirurgien : l'hystérectomie totale et la subtotale. Nous ne reprendrons pas ici les discussions qui séparent les partisans de l'une ou l'autre méthode.

Il nous a semblé que la *subtotale* doive être préférée à la totale, et cela pour diverses raisons.

D'abord, l'endométrite tuberculeuse s'arrêtant en général à l'orifice interne, le col étant rarement tuberculeux, comme nous l'avons vu dans l'étiologie (infection par voie descendante), il paraît inutile d'enlever le col.

D'autre part, la limitation de l'opération la rend plus rapide, et, partant, moins choquante. Cela évite, en outre, d'ouvrir le vagin dans l'abdomen, et l'hémostase est aussi plus simple.

Pratiquée dans ce sens, l'intervention radicale, présentant le moins d'aléas, donne des résultats particulièrement brillants.

Voici, à titre documentaire, un tableau des différents cas de castration et d'opérations conservatrices que nous avons pu relever dans la littérature :

	Castration	Conservation	Nombre de cas
Abadie	»	1	1
Albertin	3	»	3
Burger	»	1	1
Delore	1	»	1
Guyot	1	»	1
Hamant	»	1	1
Lapeyre	»	1	1
Lombret	»	1	1
Patel	1	2	3
Thiers	1	»	1
Tixier	1	»	1
Vanverts	»	1	1
Villard	»	1	1
Violet	»	2	2
Total	8	11	19

C. — Suites opératoires.

Nous avons étudié le rôle bienfaisant de l'actinothérapie naturelle ou artificielle dans les suites opératoires. Nous n'y reviendrons pas. En cas de séquelles douloureuses, les opérées se trouveront bien d'un traitement par les rayons infrarouges.

Des greffes ovariennes parent aux inconvénients de la ménopause opératoire. Sinon le traitement sera heureusement complété par un séjour en ville d'eau telle que Brides, Salins, ou Salies-de-Béarn, ou Biarritz s'il n'y a aucune contre-indication à un séjour à la mer.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Diagnostic clinique : *Double pyosalpinx tuberculeux probable.*
Diagnostic opératoire : *Double abcès froid tubaire.*

Mme X..., 25 ans, femme d'apparence délicate et chétive. On relève dans ses antécédents une enfance maladive, avec rougeole, coqueluche, bronchites fréquentes.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement au début; leucorrhée; règles durant deux ou trois jours, douloureuses.

Mariée à 19 ans; pas de grossesse.

La malade vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre dont le début remonte à deux ou trois ans.

Pas de crises douloureuses, pas de vomissements. Constipation opiniâtre. On note à l'examen un utérus de petit volume, avec deux masses latérales douloureuses et de consistance élastique, masses nettement indépendantes de l'utérus. Les annexes gauches sont les plus volumineuses. Le cul-de-sac postérieur est souple. Pas d'ascite appréciable.

L'opération, pratiquée sous anesthésie au chloroforme, montre qu'il s'agit de deux grosses trompes très tendues, renfermant du pus d'aspect tuberculeux. Hystérectomie subtotale. Guérison sans incident. L'examen des pièces montre que l'utérus est infantile, les deux trompes sont nettement tuberculeuses et distendues par une collection purulente de nature bacillaire.

Observation II.

(Burger, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929, p. 444.)

Gros pyosalpinx tuberculeux.

L'auteur présente un énorme pyosalpinx de 25 centimètres sur 10 centimètres d'épaisseur, provenant d'une jeune fille de 21 ans, dont l'anamnèse ne présente rien de particulier, à part quelques douleurs parfois assez vives à droite, depuis six mois environ. Pas de troubles du côté des règles. A l'examen, on trouve un petit utérus haut situé, refoulé derrière la symphyse par une tumeur kystique de la grandeur de deux poings, remplissant surtout le côté droit du Douglas et se perdant dans la fosse iliaque droite, d'une façon très nette.

On pose le diagnostic de kyste ovarien, faisant des symptômes douloureux soit par tiraillement ou peut-être par torsion lente.

Lors de l'opération, on trouve *complètement libre d'adhérences* une énorme trompe, présentant une forme de cornue et se composant de parties dures, noduleuses, et d'autres ramollies, pâteuses et presque kystiques. Du côté gauche, on constate une tumeur analogue comme forme et consistance, seulement beaucoup moins volumineuse. Cet aspect assez caractéristique de la trompe, d'abord comme forme de massue, de cornue, avec des parties dures et noduleuses, d'autres molles, genre dermoïde, nous font poser le diagnostic de tuberculose. On extirpe à droite la trompe seule dans la corne utérine, et à gauche les annexes, vu qu'il y a quelques adhérences entre la trompe et les ovaires.

L'examen histologique confirme le diagnostic de tuberculose. On trouve une quantité de petits lymphomes avec cellules géantes.

Observation III.

(Hamant, *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, 1924, p. 69.)

Abcès froid tubaire bilatéral. — Torsion.

Mme M... (J.), 22 ans, a toujours joui d'une santé relativement bonne. Sans être très robuste, elle n'a jamais été arrêtée dans sa vie courante de ménagère à l'aise.

Réglée à 13 ans, régulièrement, mais avec quelques douleurs, elle se marie à 20 ans, et ne signale rien d'anormal jusqu'au mois d'avril 1923.

A ce moment, elle ressentit tout à coup une douleur assez vive dans le flanc gauche. Cette sensation pénible persiste sans arrêt, mais sans exacerbation, jusqu'au jour de l'intervention (fin octobre 1923).

Je fus appelé à examiner la malade précisément en raison de cette douleur persistante, et ai pu percevoir par le palper abdominal, et mieux encore par le palper et le toucher combinés, une tumeur peu douloureuse d'un volume d'une belle aubergine, plaquée contre les parois du bassin.

Du côté droit, il existait une masse moins volumineuse apparemment, nullement douloureuse, et perceptible seulement par le toucher et particulièrement par le toucher rectal.

Etant donné l'histoire de la malade, je pensais à la possibilité d'une salpingite bacillaire, et prévins le mari des possibilités d'une exérèse totale des organes génitaux. Le ménage désirait des enfants, cette solution lui agréait peu, mais, se pliant aux circonstances, était prêt à toute éventualité.

20 octobre 1923 : Laparotomie sous rachianesthésie. Nous constatons tout de suite à gauche l'existence d'une trompe volumineuse tordue trois fois sur son pédicule et recouvrant la trompe droite, tombée dans le Douglas.

Etant donné que les lésions ne paraissaient commencer que 3 à 4 centimètres au-delà de l'utérus, qu'il s'agissait d'une femme jeune, désireuse d'avoir des enfants, de santé relativement

bonne, sans tare bacillaire appréciable, que la famille, prévenue d'une possibilité de récidive, consentait à l'épreuve d'un traitement conservateur, nous avons pratiqué l'intervention suivante :

Ablation des deux abcès froids tubaires, puis, par le moignon des trompes, section double permettant d'obtenir quatre valves qui furent fixées du côté utérin, de telle sorte qu'au lieu d'un petit orifice, nous avions une sorte d'entonnoir faisant communiquer la cavité abdominale avec l'utérus par une petite trompe de deux centimètres de longueur environ. Les ovaires furent fixés aux environs du nouveau pavillon.

Suture soignée de la paroi abdominale, en trois plans.

Les suites furent d'une simplicité idéale. Pas la moindre réaction thermique. Les agrafes enlevées le huitième jour, la malade se levait le dixième et reprenait en partie ses occupations une dizaine de jours après. Elle continue à bien aller. Les règles étaient réapparues normales le huitième jour après l'opération, sans douleurs, ne s'accompagnant d'aucun phénomène anormal.

Observation IV.

(M. Violet, *Lyon médical*, 1907, Société des Sciences médicales, 6 févr. 1907.)

Diagnostic clinique : *Salpingite kystique bilatérale probablement tuberculeuse.*

Diagnostic opératoire : *Double abcès froid tubaire.*

Jeune fille de 19 ans, vierge, sans antécédents personnels ou héréditaires. Réglée à 12 ans; elle a eu des règles douloureuses et peu abondantes. Jamais de pertes blanches. A l'âge de 15 ans, la malade commence à souffrir du ventre presque quotidiennement. Cette douleur s'est installée petit à petit comme un point de côté droit de l'abdomen, puis a augmenté progressivement. On ne relève aucune phase aiguë dans l'histoire de la malade. Jamais de température, pas de vomissements. La malade ne s'est jamais alitée; elle a toujours fait son travail. Cette phase de douleurs

lentes, sourdes, a duré deux ans, puis elles ont cessé, et la malade se croyait complètement guérie.

Il y a un mois, la malade s'aperçut qu'elle avait une grosseur dans le ventre, du côté droit. Inquiétée par cette constatation, elle vient à la clinique.

Il s'agit d'une jeune fille brune, assez forte, avec un bon état général.

A l'examen : L'abdomen est souple; on sent de suite du côté droit une masse du volume du poing, mais qui, à un examen plus approfondi, semble plutôt une masse kystique, se prolongeant à gauche, régulière, du volume d'une grosse aubergine. Le toucher rectal permet, beaucoup mieux encore, d'étudier la forme et la consistance de cette deuxième tumeur. L'utérus est entre les deux, un peu dévié à droite, nullement augmenté de volume. Son fond est accessible uniquement sur l'étendue de la pulpe de l'index. La mobilisation dans le sens vertical n'entraîne aucune des deux tumeurs latérales. Donc, au point de vue diagnostic : tumeurs kystiques bilatérales, avec utérus, au milieu, dévié à droite; tumeurs pouvant être développées aux dépens des ovaires ou des trompes.

Au toucher et au palper combinés, on précise davantage les connexions, le volume, et la consistance de cette tumeur. Elle est indépendante de l'utérus, du volume d'une petite tête fœtale. Dans les déplacements qu'on lui imprime, elle roule sur lui et se déplace en sens inverse, comme s'il s'agissait de deux cailloux glissant l'un sur l'autre en sens opposé.

En arrière de l'utérus, dans le Douglas, on sent une autre masse, qu'on prend tout d'abord pour le fond de l'utérus en rétroversion. La tension, le contenu, l'indolence, l'absence de tout passé métritique, font faire le diagnostic de kyste. Mais la bilatéralité est en faveur d'une lésion tubaire; en second lieu, leur forme : les deux tumeurs latéro-utérines sont plutôt allongées, aplaties dans un sens en forme d'aubergines, au lieu d'être franchement sphériques. Comme cette jeune fille n'a pas de pertes purulentes et qu'on ne retrouve dans son passé aucune trace d'infection ascendante, on fait le diagnostic de salpingite kystique bilatérale et de salpingite tuberculeuse.

Intervention (le 31 mai 1907, par M. le Professeur Pollosson). — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un péritoine libre de toute adhérence, sans aucune granulation tuberculeuse. Pas de réaction péritonéale. Ablation des deux trompes et de l'ovaire droit.

Examen des pièces. — Les trompes sont transformées en poches kystiques fluctuantes, à parois lisses et épaisses, remplies d'une façon très régulière de leur extrémité utérine vers leur extrémité libre. Au niveau de la corne utérine, ces trompes présentent un certain nombre de sinuosités.

Le poids total de ces deux poches tubaires est de 865 grammes. La droite pèse 370 grammes; la gauche 495 grammes. Ce que ces deux poches offrent de remarquable, c'est l'aspect lisse et régulier de leurs surfaces extérieures. Il n'existait, en effet, aucune adhérence péritonéale, et leur énucléation hors de la cavité abdominale a été très facile.

L'une de ces poches tubaires est ponctionnée. Il s'en écoule un liquide jaunâtre, séreux, huileux par place, se coagulant dans l'assiette où on le recueille, et on doute à cet aspect qu'il s'agisse de pus ou d'un liquide de kyste dermoïde.

A l'incision, la surface interne de la poche présente de loin en loin quelques saillies à peine surélevées; on est surtout frappé du fait de la disparition complète des villosités tubaires. Nulle part on ne trouve d'ulcération, ni caséum. Macroscopiquement, aucune signature de tuberculose.

Résumé. — A l'examen histologique, on trouve un amincissement de la paroi tubaire avec sclérose des couches externes de la paroi. Les fibres musculaires sont rares. La muqueuse est régulièrement étalée à la surface. A côté de formations pseudo-glandulaires, on trouve de grosses cellules épithéliales avec, au centre, des cellules épithéliales plus volumineuses, et, plus en dehors, des cellules lymphoïdes, le tout rappelant assez bien l'aspect du nodule tuberculeux. Dans un certain nombre de ces formations nodulaires, des cellules géantes caractéristiques.

Observation V.

(Jaboulay-Patel, *Société de chirurgie de Lyon*, 7 déc. 1905.)

Double pyosalpinx tuberculeux.

Jeune fille de 23 ans, vierge, entrée dans le service du docteur Jaboulay.

Antécédents héréditaires. — Un frère tuberculeux.

Antécédents personnels. — Amygdalites à répétition.

Au mois d'août 1914, la malade ressentit, à l'occasion d'un léger traumatisme, une douleur assez vive dans la fosse iliaque. C'est alors que le médecin de la famille constata une tuméfaction abdominale volumineuse et porta le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La malade fut opérée, au mois de septembre 1904, par M. le Docteur Jaboulay.

La tumeur abdominale, qui était visible à la simple inspection, remontait jusqu'à l'ombilic. Elle était rénitente et mobile sur les plans profonds. Toutes ces manœuvres de palpation étaient indolentes. La matité était complète en avant. Les flancs étaient sonores. Le toucher vaginal permettait de se rendre compte d'une légère ascension de l'utérus. Les culs-de-sac étaient libres, non douloureux. Les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquaient que partiellement à l'utérus.

Après l'ouverture du péritoine, on peut reconnaître la présence de deux tuméfactions volumineuses, fusiformes, à grosse extrémité supérieure, dirigée vers l'ombilic, à extrémité très effilée, tenant à l'utérus. Ces deux tumeurs se juxtaposaient sur la ligne médiane, et l'ensemble réalisait absolument une masse sphérique, qui en avait imposé pour un kyste de l'ovaire. En réalité, on vit qu'il s'agissait de deux trompes énormément et également dilatées, semblant s'être redressées vers l'ombilic. Il n'y avait aucune adhérence. Les ovaires étaient un peu entraînés par les trompes

vers la partie supérieure de la fosse iliaque interne. Aucune granulation sur le péritoine, qui était simplement congestionné. Deux ligatures furent placées au niveau de l'insertion utérine, remarquable par sa gracilité. Deux autres permirent de séparer l'ovaire de la trompe. En somme, les trompes furent enlevées. L'abdomen fut refermé complètement. La guérison opératoire fut complète au bout de huit jours.

Les trompes extirpées contenaient chacune plus d'un demi-litre de pus, verdâtre, très épais, présentant absolument les caractères d'un pus d'abcès froid. Les pavillons des trompes étaient entièrement oblitérés, et le pus était collecté principalement dans la partie externe de la trompe. Un cobaye, inoculé avec le pus recueilli, devient très rapidement tuberculeux.

Observation VI.

(Tixier, thèse de Bertrand, Lyon, 1909.)

Diagnostic clinique : *Kyste tordu de l'ovaire.*

Diagnostic opératoire : *Tuberculose annexielle double. Abcès froid tubaire droit avec tuberculose de la trompe gauche. Castration totale, avec simple drainage vaginal.*

P... (Marguerite), 27 ans, entrée salle Saint-Paul (Hôtel-Dieu), le 6 avril 1908, sortie le 29 avril 1908.

La malade vient à l'hôpital pour des pertes et des douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 13 ans. Pas de bronchites antérieures. Jamais d'hémoptysies. Réglée à 14 ans, régulièrement, jusqu'au mois de septembre 1907. A ce moment, elle ressentait de la pesanteur dans le bas-ventre, qui, d'ailleurs, était ballonné; elle eut quelques douleurs irradiées dans les lombes et des troubles de l'état général. A la suite, aménorrhée pendant deux mois, et, durant cette période, le ventre était moins ballonné, peu douloureux, sensation de gêne pelvienne, sueurs

nocturnes abondantes. Au mois de décembre 1907, les règles reviennent, et prennent le caractère de métrorragies continuelles, cessant deux ou trois jours pour faire place à des pertes blanches. A partir de février 1908, les métrorragies sont moins abondantes; elles surviennent tous les dix jours et durent une semaine entière.

Dans les antécédents génitaux de la malade, on ne trouve aucun commémoratif de la blennorragie. Elle nie tout rapport sexuel depuis deux ans.

A l'entrée, la malade présente un bon état général.

Au toucher, on sent les culs-de-sac latéraux complètement libres et souples. Il n'y a aucune masse ou tumeur dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus est mobile.

En palpant l'abdomen, on sent, à gauche, une grosse masse dépassant l'ombilic de 3 centimètres. Si on lui imprime des mouvements, la main vaginale les perçoit nettement.

Intervention (le 9 avril 1908). — Laparotomie médiane. Le péritoine présente de nombreuses adhérences avec les viscères sous-jacents. Il existe une énorme poche du volume d'une tête d'enfant, ressemblant à un vieux kyste de l'ovaire tordu. En réalité, il s'agit d'une grosse poche de pyosalpinx droit, remontant jusqu'à la face antérieure du foie. Il existe une adhérence au bord antérieur du foie, sur une étendue de plus de 10 centimètres. Il a fallu, pour énucléer ce pyosalpinx, prolonger l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde. La trompe gauche est aussi atteinte de pyosalpinx tuberculeux. On fait la castration totale. Fermeture complète du ventre. Drainage vaginal.

Il existait des granulations sur l'intestin grêle. Le gros pyosalpinx droit contenait du caséum mélangé à du pus froid.

Sur les parois de la trompe, tubercules crus.

Guérison.

Observation VII.

(Albertin, *Lyon chirurgical*, 1908, I, p. 114.)

Diagnostic clinique : *Tumeurs kystiques bilatérales.*
Diagnostic opératoire : *Double abcès froid tubaire.*

J... (Louise), 28 ans 1/2, entrée à la Charité le 16 mars 1908.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement à 13 ans. Pas de métrorragies, pas de pertes blanches. Péritonite à 16 ans.

Elle vient parce que son ventre a grossi, et parce qu'elle souffre dans la fosse iliaque droite presque continuellement et dans la fosse iliaque gauche, quelquefois. Pas de troubles digestifs. Pas de troubles urinaires. Etat général bon.

Signes physiques. — Col utérin normal, en position régulière, fermé. Fond utérin non perceptible, l'abdomen étant très tendu. On sent dans le Douglas deux masses saillantes, qui donnent l'impression de poches liquides. Elles viennent au contact l'une de l'autre à peu près au niveau de la ligne médiane. Elles sont fixes, indolores à la pression. Celle de gauche est plus saillante dans le Douglas, on la retrouve par la palpation dans la fosse iliaque gauche. On peut la saisir entre les deux mains et son volume égale celui d'une petite tête d'enfant. La masse de droite est moins prolabée dans le Douglas et son fond remonte plus haut dans l'abdomen. On peut également la sentir entre les deux mains. Entre les deux tuméfactions, on sent, par le toucher rectal, un sillon très profond et très net. Malgré leur fixité relative, ces tumeurs sont abaissées nettement lorsqu'on déprime les fosses iliaques.

Intervention (le 24 mars 1908). — Laparotomie. On trouve tout d'abord de nombreuses adhérences de l'épiploon à l'utérus et aux trompes, adhérences qu'on libère assez facilement. A droite, on trouve une trompe très dilatée, grosse comme une poire et en rappelant assez bien la forme. L'ovaire droit est en arrière de la tumeur, qui, d'ailleurs, est facilement mobilisable. Il n'en est

pas de même à gauche. Là, on a aussi une grosse trompe très dilatée, un peu plus volumineuse que du côté droit, mais très adhérente au péritoine du Douglas, si bien qu'elle est déchirée dans les manœuvres d'énucléation. Ablation des annexes et hystérectomie subtotale. L'examen des deux pièces montre qu'il s'agit de deux abcès froids tubaires. L'examen du pus n'a pas montré de bacilles de Koch.

L'examen histologique de ces pièces a été fait par M. le Docteur Bercel, médecin des hôpitaux, chef des travaux d'anatomie pathologique, que nous voulons remercier ici des soins qu'il a pris pour leur examen. La coupe représente la paroi de la trompe, qui est plutôt amincie; on y distingue encore des pinceaux de fibres musculaires lisses, avec un tissu intermusculaire scléreux, mais très tassé. La surface interne est représentée par une ligne irrégulière, formée par des débris cellulaires, qui, par endroits, constituent de véritables amas caséeux, avec la teinte particulière des formations tuberculeuses dégénérées. Autour de ces points, on trouve des amas de cellules très volumineuses, d'aspect épithélioïde. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse là d'une paroi d'abcès froid.

Observation VIII.

(Janin et Violet, *Lyon médical*, 1904.)

Diagnostic clinique : *Kyste de l'ovaire bilatéral.*

Diagnostic opératoire : *Salpingite tuberculeuse double. Abcès froids tubaires.*

A... (H.), 22 ans, célibataire. Entrée dans le service de M. le Professeur Pollosson, le 7 décembre 1903. Réglée à 15 ans, et, depuis, régulièrement. Jamais de grossesse. Au mois de mai 1903, son ventre grossit brusquement, sans arrêt. En juin, elle consulte un docteur, qui diagnostique un kyste de l'ovaire. Jamais de grosses douleurs abdominales. Toutefois, la malade dit avoir interrompu son travail pendant deux mois. Depuis cette date, pas d'augmentation appréciable du volume du ventre.

Examen local. — La portion sous-ombilicale de l'abdomen est saillante. Par la palpation, on sent une tumeur de gros volume, remontant jusqu'à l'ombilic et de consistance ferme, tendue. Cette tumeur est mobilisable. Au toucher, la malade est d'une virginité douteuse. Le col utérin est long, fermé. En arrière de lui, on sent une masse dure, bosselée, bombant dans le Douglas. Par le toucher et le palper combinés, on délimite nettement l'utérus en avant, couché contre la symphyse pubienne. La masse, accessible par l'abdomen, surtout développée à droite, mobilisable, n'entraîne nullement dans ses déplacements la petite tumeur bosselée et dure, saillante dans le Douglas.

A ce moment, le diagnostic est le suivant : kyste de l'ovaire d'un côté, avec ovaire du côté opposé kystique, prolabé dans le Douglas. Mais, en continuant l'examen, on trouve que, si la masse droite de la tumeur abdominale est indépendante de la tumeur du Douglas, il n'en est pas de même de la portion gauche. Les chocs imprimés à celle-ci se transmettent nettement à la tumeur du Douglas. En faisant basculer, puis en faisant maintenir récliné le kyste droit, on peut parfaitement délimiter, à travers la paroi abdominale, une seconde tumeur égale en volume à la première, indépendante d'elle et venant pointer dans le Douglas où la transmission est très nette. On peut, avant l'intervention, dessiner très nettement la disposition des deux kystes par rapport à l'utérus, et l'un par rapport à l'autre.

L'appétit est conservé, l'état général bon. Température : 37 à 37°5.

Laparotomie. — Après incision du péritoine, on trouve le grand épiploon, couvert de granulations, étalé jusqu'au pubis et adhérent aux masses kystiques. Section du grand épiploon entre deux pinces. On reconnaît les deux masses kystiques, qui sont immédiatement reconnues pour les deux trompes. La trompe droite, dilatée en cornemuse, recourbée à son extrémité utérine, surtout développée par son fond, complètement fermé, est énucléée facilement de l'abdomen et enlevée intacte. La trompe gauche n'est enlevée qu'avec difficulté et non sans rupture. Ablation de l'ovaire droit.

Ligature des pédicules. Drainage abdomino-vaginal par un drain. Mikulicz abdominal. Guérison sans incident.

Examen des pièces. — Les tumeurs enlevées sont constituées par les deux trompes, rappelant comme volume et comme forme un grosse aubergine, avec une tendance à se développer par le fond. La trompe droite, enlevée en totalité, est fluctuante. Sa surface péritonéale est régulière et lisse.

La trompe gauche rompue présentait une forme et un volume semblables. La surface péritonéale présentait un semis granuleux, sans points purulents.

La surface interne présente des granulations multiples analogues aux granulations bacillaires.

L'ovaire enlevé présente à sa surface les mêmes granulations tuberculeuses.

Devant cette constatation inattendue, la malade est réinterrogée au point de vue de ses antécédents bacillaires, et sur le début de l'affection. C'est en juin que l'affection a débuté par des douleurs dans le ventre. En quinze jours, son ventre est devenu aussi gros qu'il l'est à l'entrée. Pendant un mois, elle a gardé le lit avec un peu de fièvre (38°), du ballonnement et des douleurs dans le ventre, et de la diarrhée.

Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou collatéraux. Personnellement, pas de maladie grave; toutefois, elle avoue avoir eu quelques crachements de sang, à plusieurs reprises, durant les deux derniers hivers.

Dès lors, les faits sont plus faciles à comprendre, l'affection du mois de juin correspondait à une poussée de péritonite.

Examen histologique résumé. — Musculeuse diminuée d'épaisseur. Dans la sous-muqueuse, tissu conjonctif assez développé. Vascularisation peu marquée. La muqueuse présente un aspect général jaunâtre. Les saillies des villosités sont totalement abrasées. Çà et là, dans la muqueuse, on trouve des nodules tuberculeux. En d'autres points, on trouve des amas de caséum.

Observation IX.

(Albertin-Leriche, Société des sciences médicales, *Lyon médical*, 1905.)

Diagnostic clinique : *Kyste de l'ovaire bilatéral.*
Diagnostic opératoire : *Enormes abcès froids tubaires.*

Malade âgée de 27 ans. Mariée, elle n'a eu ni grossesse ni fausse couche. Réglée à 11 ans; ses règles furent toujours régulières, et elles n'avaient jamais été douloureuses. Depuis deux ans, elle avait eu des mictions fréquentes et douloureuses, des douleurs lombaires, et, depuis quelques mois, des pertes blanches assez abondantes. Elle souffrait le soir, au moment de se reposer, de douleurs localisées dans la fosse iliaque gauche, et présentait quelques troubles digestifs. Son médecin, ayant constaté un peu de rétroversion, lui mit un pessaire qui ne la soulagea pas, et c'est pour cela qu'elle entra au service.

Au toucher vaginal, on trouvait une masse rénitente, bien limitée, lisse, assez mobile, indépendante de l'utérus, nullement douloureuse. Elle remontait dans l'abdomen jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et siégeait à droite. A gauche, les annexes étaient fermes, un peu grosses, non douloureuses.

Le 17 mai 1905, M. le Docteur Albertin fit une laparotomie sous-ombilicale, et se trouva de suite en présence de deux volumineuses trompes. La droite faisait une saillie considérable au-dessus du plan du petit bassin, lisse, mobile, mais adhérant un peu en bas. La gauche, adhérait au détroit supérieur, était bien moins mobile et bien moins volumineuse. L'ovaire, de chaque côté, ne formait qu'un bloc avec la trompe, et était, lui aussi, distendu.

Hystérectomie subtotale; drainage abdomino-vaginal. La pièce enlevée est constituée par deux énormes abcès froids tubaires développés presque exclusivement dans la partie externe; les deux pavillons étaient complètement oblitérés. Les deux ovaires, acco-

lés, font corps avec la masse salpingienne. L'utérus renfermait quelques gouttes de pus, semblable à celui que renfermait la trompe droite, qui a été seule ouverte. C'est un pus verdâtre, très concret, un véritable mastic caséeux. La trompe droite en contenait plus de 250 grammes. De plus, il y a quatre ou cinq granulations péritonéales blanchâtres sur le fond utérin.

M. Leriche fait suivre cette observation des considérations suivantes : l'existence de ces quelques granulations, les caractères du pus, la latence absolue des lésions, ne permettent guère d'autre diagnostic que celui d'abcès froids tubaires tuberculeux, malgré l'absence d'ascite et de réaction péritonéale.

Observation X.

(Villard, *in* thèse Bertrand, Lyon, 1909.)

Mme X..., 20 ans. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires. Personnellement, n'a jamais présenté d'affections graves antérieures. Néanmoins, toute sa période d'adolescence a été marquée par des poussées fébriles, atteignant 39 et 40 degrés, sans qu'on ait pu déterminer exactement la cause de ces accidents. L'interrogatoire rétrospectif permet cependant de retrouver des poussées douloureuses du côté de l'abdomen, du pelvis et de la région sacrée. Depuis un an, l'état général s'est modifié : amaigrissement, fièvre, douleurs dans l'appareil génito-annexiel. Ces accidents déterminent un examen génital, qui démontre l'existence de deux grosses salpingites, du volume d'un gros poing, situées à droite et à gauche de l'utérus. Ces collections constituent des masses arrondies, lisses, donnant l'impression de kystes dermoïdes de l'ovaire.

L'intervention, décidée, est pratiquée le 16 avril 1903. Laparotomie médiane. Ablation bilatérale des deux trompes et des ovaires. Conservation de l'utérus. Pendant l'intervention, on constate la présence de petites granulations sur l'intestin contenu dans le pelvis. Drainage à la Mikulicz.

Les trompes, enlevées, représentent deux grosses masses arron-

dies, lisses et blanchâtres. Elles étaient notablement adhérentes à l'intestin grêle et au côlon pelvien. Elles contiennent du pus mastic rappelant le caséum tuberculeux. Les ovaires offraient le semis de granulations qui avait décidé de leur ablation. Suites opératoires immédiates normales; mais, vers le dixième jour, s'établit une fistule pyo-stercorale.

A l'examen histologique : lésions tuberculeuses nettes. Suites opératoires éloignées : la fistule pyo-stercorale dura jusqu'en février 1904. A partir de ce moment, la guérison est complète. L'état général se relève rapidement. L'augmentation de poids est de 10 à 12 kilogrammes. Depuis, la guérison s'est maintenue, malgré quelques petites crises douloureuses survenant de temps en temps et attribuables à une sténose partielle de l'intestin.

Observation XI.

(Delore et Aigrot, *Lyon médical*, 5 juillet 1921.)

Double abcès froid tubaire opéré quatorze ans après une poussée de tuberculose péritonéale.

Malade âgée de 33 ans. Mariée depuis plusieurs années, sans enfants. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : père mort d'apoplexie, mère morte cardiaque. Frères et sœurs bien portants. Dans les antécédents personnels, on relève une rougeole dans l'enfance, l'apparition des règles à 13 ans, toujours irrégulières, et, à 19 ans, une hospitalisation à Saint-Joseph, de un mois et demi, pour une affection abdominale dont la description faite par la malade se rapporte exactement à celle d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Peu à peu, le ventre diminua de volume, et la malade sembla guérie. Elle se maria, mais, néanmoins, elle souffrait de temps à autre. Les règles, irrégulières, étaient pénibles, et, vers 30 ans, c'est-à-dire deux ans après cet orage péritonéal, les douleurs devinrent plus vives dans le petit bassin, dans la fosse iliaque droite, avec des sensations de pesanteur et de tension continuelles. Cet

état de choses dura trois ans, et la malade se décida alors à entrer à l'hôpital.

A l'examen, la palpation de l'abdomen, facile parce que la paroi était souple, donnait un peu de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le toucher permettait de sentir un col un peu mou, et, dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs, deux masses allongées. A droite, la masse était douloureuse, à limites imprécises. A gauche, on arrivait à mieux la délimiter et on songeait à une annexite bilatérale compliquée de réactions appendiculaires.

A l'intervention, après laparotomie sous-ombilicale médiane, on tombe sur un péritoine en symphyse. En décollant les anses agglutinées entre elles, on arrive dans le péritoine pelvien, qui est plus libre. Les trompes sont dilatées, de la grosseur du pouce, peu adhérentes. En raison de leurs lésions, on pratique une hystérectomie subtotale. La péritonisation se fait assez facilement, le ventre est fermé sans drainage.

A la coupe, les deux trompes, sans avoir des parois très épaisses, sont bourrées d'une matière molle, jaunâtre, semblable à du mastic à demi-liquide. C'est évidemment du caséum tuberculeux.

Un fragment de la paroi tubaire prélevé est envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique, qui, le 22 février, donne la réponse suivante : « Trompes tuberculeuses. Larges nappes caséeuses entourées de nodules tuberculeux avec cellules géantes. »

Les suites opératoires auraient été très simples, si, vers le seizième jour, la malade n'avait pas eu une perte sanguine très abondante, qui céda d'ailleurs à une mèche vaginale, et qui ne se reproduisit plus.

Observations XII et XIII.

(Morel : *Lyon médical*, 1919, CXXVIII, p. 613.)

Abcès froid ayant simulé un kyste de l'ovaire.

M. Morel présente, au nom du Docteur Patel, une pièce d'abcès froid tubaire enlevée chez une jeune fille de 19 ans. La trompe, très nettement incurvée en forme de cornemuse, contient un quart

de litre, environ, de pus couleur purée de pois, manifestement tuberculeux. Les symptômes étaient ceux d'un kyste de l'ovaire banal, l'évolution s'était faite silencieusement, la menstruation était restée normale. L'état général était excellent, et la malade n'avait aucun antécédent de tuberculose. C'est la seule lésion observée. Les annexes de l'autre côté sont indemnes.

M. Nové-Josserand rapporte l'observation d'une jeune fille qui présente au contraire des troubles douloureux abdominaux, avec fièvre, pouvant faire penser à une obstruction intestinale, et qui était porteuse d'abcès froids tubaires bilatéraux ayant nécessité la castration bilatérale.

M. Condamin insiste sur la tolérance remarquable de pareilles lésions que présentent parfois les malades pendant plusieurs années.

Observation XIV.

(Patel, *Lyon chirurgical*, 15 avril 1920.)

Abcès froid unilatéral. — Castration unilatérale. — Quatre mois après l'autre trompe est prise.

Jeune femme de 20 ans, toujours bien portante. Réglée à 13 ans, régulièrement. Elle s'était aperçue que, depuis un an, les règles augmentaient de fréquence et survenaient tous les dix-huit ou vingt jours.

A cette époque, à la suite d'une grippe légère, elle se mit à souffrir de l'abdomen. C'est au cours de l'examen que son médecin, le Docteur Daryat, constata la présence d'une tuméfaction abdomino-pelvienne volumineuse, et me l'adressa.

Il existait, en effet, une tumeur lisse, régulière, mobile, indépendante de l'utérus, atteignant le volume d'une tête d'enfant. La jeune femme paraissait bien portante, sans aucun antécédent suspect; je pensais à un kyste de l'ovaire et lui conseillai une intervention.

L'opération fut faite le 19 avril 1919. J'extirpai un volumineux abcès froid tubaire droit. La trompe était distendue fortement,

et l'ovaire, étalé sur elle, était méconnaissable. L'abcès contenait 500 grammes d'un liquide purulent analogue à celui d'un abcès froid. Les annexes gauches étaient absolument saines, sans aucun point suspect. Etant donné le jeune âge de la malade, je fis une castration unilatérale.

La guérison se fit sans incidents.

Mais, un mois après l'opération, des douleurs réapparurent dans l'abdomen, et, lorsque je revis la malade trois mois après, je constatai une tuméfaction analogue à la précédente et plus volumineuse encore, puisque ce nouvel abcès froid tubaire gauche contenait 700 grammes de pus d'abcès froid.

Le diagnostic d'abcès froid tubaire gauche s'imposait. Je procédai à une castration totale avec hystérectomie.

Observation XV.

(Lapeyre, *in* thèse Pellegrin, Montpellier, 1932.)

Diagnostic clinique : *Annexite bacillaire.*
Diagnostic opératoire : *Abcès froid tubaires.*

Mme A... (Anna), âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 14 septembre 1931.

A. — *Interrogatoire :*

Antécédents généraux. — En avril 1926, pleurésie séro-fibrineuse droite traitée par vésicatoire, durée un mois et demi. En novembre 1927, pleurésie gauche traitée par vésicatoire, durée : un mois. Pas de troubles digestifs, pas d'ascite. A souffert du ventre après la deuxième pleurésie, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Antécédents gynécologiques. — Réglée à 14 ans. Règles abondantes, peu douloureuses, apparaissant tous les vingt jours et durant quatre à cinq jours. Pertes blanches comme du lait caillé, depuis très longtemps.

Histoire de la maladie. — Depuis sept à huit mois, douleurs dans le bas-ventre. Le début des douleurs a été assez brusque, avant les règles. Début à droite, irradiant la cuisse droite. Les règles

sont venues normalement, et la douleur a cessé quand elles sont apparues. La malade est restée deux à trois mois sans voir apparaître les douleurs; elles ont réapparu en dehors des règles. Difficulté et douleurs à la miction. Dernière crise très douloureuse en septembre 1931. Les douleurs étaient surtout marquées dans la partie interne de la racine de la cuisse droite et de la région lombo-sacrée. Le ventre était peu douloureux. Les douleurs se sont atténuées depuis l'entrée dans le service. L'abondance des règles a diminué depuis le début de la maladie.

B. — *Examen clinique :*

Abdomen. — Inspection : rien à signaler.

Respiration abdominale normale.

Percussion : fosse iliaque gauche mate. Tympanisme cæcal. Submatité dans l'hypocondre droit.

Palpation : masse perceptible dans la fosse iliaque gauche et dans la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal. — Impossible.

Toucher rectal. — De chaque côté de l'utérus, masse irrégulière presque complètement bloquée.

Le 14 juin 1932, légère douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche et sur l'anse sigmoïde. On ne perçoit pas de masse à la palpation.

Toucher vaginal. — Col petit, conique, regardant en avant. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse arrondie. Le corps utérin est hyperfléchi. A droite, on sent les annexes qui paraissent sensibles. A gauche, rien.

C. — *Examen de laboratoire :*

Urines : Normales.

Sang :

Heicht-Bauer : 0;

Bordet-Wassermann : 0;

Azotémie : 0,25.

D. — *Diagnostic :*

Annexite bacillaire.

E. — *Traitement :*

1° *a*) Vaccin de Vaudremer tous les quatre jours; huit injections; la dernière a provoqué une réaction scarlatiniforme.

b) Rayons ultra-violets et huile iodée, six piqûres à une heure d'intervalle.

2° Juin 1932 : Intervention sous anesthésie rachidienne avec 0,12 de scurocaïne à 8 p. 100. Laparotomie sous-ombilicale. On trouve deux gros pyosalpinx. L'épiploon est adhérent à l'un d'eux. Il est sectionné et ligaturé. Les pyosalpinx sont gros comme de petites aubergines. Le droit est tordu de 1 tour 1/4 sur son pédicule dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Les ovaires sont à peu près sains.

Ablation de la totalité des annexes, à droite.

Ablation de la trompe seule, à gauche.

L'utérus, normal, est conservé.

F. — *Examen anatomo-pathologique :*

Les fragments tubaires examinés, pris sur l'extrémité utérine de la trompe, ne montrent que de l'hyperplasie des éléments musculaires de la paroi, avec congestion vasculaire de la séreuse.

CONCLUSIONS

I. — L'abcès froid tubaire n'est pas une rareté pathologique. On doit y penser et en faire parfois le diagnostic clinique.

II. — Il survient chez des femmes jeunes, vierges de toute atteinte génitale antérieure. Il résulte de la fixation sur une trompe saine d'un processus tuberculeux atténué, et on peut dire qu'il constitue toute la maladie.

III. — Généralement bilatéral, il ne s'accompagne le plus souvent que d'une réaction péritonéale négligeable, et son contenu est semblable au pus de l'abcès par congestion du mal de Pott.

IV. — Il est le plus souvent impossible de fixer la date du début de l'affection. Son évolution clinique est assez silencieuse pour que parfois l'attention ne soit attirée sur lui que par l'excès de son volume ou une de ses complications, dont les deux principales sont :

la rupture, heureusement rare;
la torsion, d'un diagnostic différenciel très délicat.

V. — Souvent confondu par sa symptomatologie et son histoire avec le kyste de l'ovaire, son diagnostic n'est cependant pas une impossibilité clinique. Il faut y songer en face de toute femme jeune, sans passé génital, qui présente une tumeur abdomino-pelvienne bilatérale peu adhérente, à évolution torpide, sans atteinte marquée de l'état général, mais dans les antécédents de laquelle on peut déceler parfois quelque atteinte discrète de bacillose.

VI. — Le traitement est chirurgical et procède d'une ablation complète des deux trompes, avec hystérectomie de préférence subtotale, et enlèvement des ovaires, mettant ainsi la malade à l'abri des récidives. La voie suivie est l'abdominale.

VII. — Un examen histologique systématique accompagnant l'opération a un grand intérêt pratique et statistique.

VIII. — Autant que possible, l'opération sera suivie d'une cure solaire selon la méthode de Rochat, de Lausanne, ou en ville d'eau telle que Salies-de-Béarn ou Biarritz. Un séjour prolongé dans ces stations ne convient malheureusement encore qu'aux malades aisées. La femme de condition modeste ne demande qu'une chose, comme dit Delbet : « Ne plus souffrir et pouvoir mener une vie correspondant à son état social ». A cette catégorie de malades, l'ablation totale suffira, car l'opération, bien conduite, donne dans le cas de l'abcès froid tubaire des résultats admirables.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 juillet 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1921.

Aigrot. — *Lyon médical*, 1921, CXXX, p. 547-549.

Albertin. — Les abcès froids tubaires. *Lyon chirurgical*, 1908.

Albertin-Leriche. — *Lyon médical*, 1905.

Amann. — Congrès internat. gyn. et obst., Rome, 1902.

Arau. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1858.

Badolie. — Formes graves et compliquées de tuberculose annexielle traitées par l'intervention et l'héliothérapie prolongée. *Loire médicale*, janv. 1931.

Barthélemy. — Les hémorragies symptomatiques de la tuberculose annexielle. *Gyn. et obst.*, janv. 1933.

Bégouin et Papin. — Pathologie interne, t. V, p. 5451.

Bertrand. — Des abcès froids tubaires. Thèse Lyon, 1908.

Béziers. — Contribution à l'étude du traitement des annexites bacillaires par les rayons ultra-violets. Thèse Paris, 1926, n° 295.

Bilig. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. Thèse Montpellier, 1914.

Binet-Duroch. — *Bull. Soc. obst. et gyn.* Paris, 1921, X, p. 697-699.

Broch. — VIII[e] Congrès gyn. et obst. Paris, oct. 1933.

Brouardel. — Tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse Paris, 1905.

Charles. — La tuberculose tubaire localisée. Thèse Nancy, 1925.

Chaufton. — La tuberculose annexielle. Thèse Paris, 1905.

Chevillon. — Thèse Paris, 1933.

Condamin. — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. Résultats éloignés. Thèse Lyon, 1908.

— Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. *Gyn. et obst.*, avril 1929.

— Tuberculose annexielle bilatérale. Soc. méd., 28 mars 1928.

— Thèse Lyon, 1928-1929.

Daniel. — Tuberculose utéro-annexielle. *Gyn.*, XXIV, août 1925.

Delbet. — Traité des suppurations pelviennes.

Delore et Aigrot. — *Lyon médical*, 5 juill. 1921.

Delore et Chalier. — La tuberculose génitale, 1920.

Dentu (Le) et Delbet. — *Gynécologie*, 1916, XLIII, p. 758.

Desgouttes et Olivier. — Rôle des lésions interstitielles dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses. *Lyon médical*, 1913.

Faure. — Congrès internat. gyn. et obst. Rome, 1902.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1914.

Forgue et Massabuau. — Nouveau traité de chirurgie, 1916.

Fournier. — Réflexions sur la tuberculose annexielle. *Bull. obst. et gyn.*, oct. 1933.

Furneaux-Jourdan. — Double pyosalpinx tuberculeux. *Brit. gyn.*, 13 oct. 1908.

Gibert. — Radiothérapie des annexites tuberculeuses. *Bull. obst. et gyn.*, juill. 1933.

— Rapport Soc. gyn. et obst. Paris, oct. 1933.

Hamant. — *Bull. Soc. obst. et gyn.* Paris, 1924, XIII, p. 69.

Jaboulay-Patel. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. Soc. chir. Lyon, 7 déc. 1905.

Jamin et Violet. — *Lyon médical*, 1904.

Jayle (F.). — La tuberculose des trompes, 1913.

Jeannel. — Pyosalpinx tuberculeux. Congrès de Toulouse et *Semaine médicale*, 1887.

Keller. — Considérations sur le traitement de la tuberculose des annexes, de l'utérus et du péritoine. *Gyn. et obst.*, avril 1928, p. 286-291.

Labbé. — Annexites tuberculeuses méconnues. Thèse 1925, et *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 11 juil. p. 437.

Ladinski. — *Medical Record*, 11 janv. 1902.

Lapeyre. — Congrès international de la tuberculose, 1[illegible]

— Double abcès froid tubaire. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, jan. 1933.

Lenormant. — *Progrès médical*, 1909.

Lenormant et Moulonguet. — *Gyn. et obst.*, 1920.

Martin. — De la salpingite tuberculeuse. Thèse Lyon, 1904.

Montprofit. — Classification des salpingites. Thèse Paris, 1888.

Morel. — Abcès froids tubaires ayant simulé un kyste de l'ovaire. *Lyon médical*, 1919, CXXVIII, p. 613.

Moulonguet. — Rapport au VIII[e] Congrès gyn. et obst. Paris, 1933.

Olivier. — Traitement de la tuberculose annexielle. Résultats éloignés. Thèse Lyon, 1912.

Patel et Olivier. — Thérapeutique conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Rev. chir. et gyn. abd.*, 1913.

Pellegrin. — Contribution à l'étude des abcès froids tubaires. Thèse Montpellier, 1932.

Philippe. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. Thèse Lille, 1926, n° 10.

Potvin. — Tuberculose annexielle. Soc. belge gyn. obst., 4 déc. 1920.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Rendon. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. Thèse Paris, 1924, n° 188.

Riche. — De la salpingite tuberculeuse. *Gaz. des hôp.*, 1893.

Rives. — Thèse Montpellier, 1909.

Rochat. — Rapport au VIII[e] Congrès gyn. et obst. Paris, 1933.

Rouville (De). — *Montpellier médical*, 1913.

Spoeth. — Thèse Strasbourg, 1885.

Terrillon. — Salpingites tuberculeuses. *Bulletin médical*, 1889.

Thévenard. — Soc. anat. Paris, 23 févr. 1908.

Thiers. — *Provence médico-chirurgicale*, janvier 1928, p. 20.

VANVERTS et PAUCOT. — A propos de l'abcès froid tubaire. *Echo médical du Nord*, Lille, 1911, XV, p. 365-370.

VAUTRIN. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1924.

VERNEUIL. — Des lésions des organes génitaux chez les femmes. Thèse Paris, 1880.

VIOLET. — *Lyon médical*, 1907.

WASER. — *Zent. für Gyn.*, 1927.

1 595. — Bordeaux, Imp. Delmas, Chapon, Gounouilhou, 6, pl. St-Christoly. — 1934.